

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

**Evaluation der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in
einer Region**

**Feldstudie unter besonderer Berücksichtigung der Unterschiede
bei Verwendung verschiedener opioidhaltiger Substitutionsmittel
(Methadon versus Dihydro-Codein)**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Axel Hansjörg Metzger

aus

Reutlingen

2005

Dekan:

Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter:

Professor Dr. G. Buchkremer

2. Berichterstatter:

Professor Dr. H. Oßwald

Danksagung

Den folgenden Personen und Institutionen, die an der Entstehung dieser Promotionsarbeit maßgeblich beteiligt waren, möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen.

Vielen Dank Herrn Professor Dr. med. G. Buchkremer, der meine Promotionsarbeit trotz langer Entstehungsdauer stets unterstützte.

Besonders danke ich Herrn Dr. med. Dipl. psych. A. Günthner, der als Betreuer dieser Arbeit jederzeit ein kompetenter und erfahrener Ansprechpartner war. Sein großes Engagement trotz teilweise ungünstiger Bedingungen wie übervolle Terminkalender, weite Distanzen und lange Zeiträume war immer sehr motivierend und half mir, mich auch durch schwierige Problemstellungen „durchzubeißen“.

Den substituierenden Ärzten im Kreis Tübingen und der Drogenberatungsstelle, die durch große Kooperationsbereitschaft die Bedingungen schufen, um die Erhebung durchzuführen, möchte ich meinen Dank aussprechen.

Vielen Dank auch Herrn Dipl. psych. J. Mörcke für die gute Zusammenarbeit.

Besonderer Dank gebührt den Klienten, die sehr geduldig und kooperativ für die Datenerhebung zur Verfügung standen. Ihnen wünsche ich viel Ausdauer und Motivation im Kampf gegen ihre Erkrankung.

Meinen Eltern und meiner Lebensgefährtin und jetzigen Ehefrau Frau Claudia Schnitter bin ich zu tiefstem Dank verpflichtet. Sie gaben mir den Rückhalt und die Motivation, die ich während der Entstehung dieser Arbeit dringend benötigte und hielten die Belastungen geduldig mit mir aus.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Die Opiatabhängigkeit.....	1
1.2	Die Substitutionsbehandlung.....	2
1.2.1	Therapieprinzipien.....	2
1.2.2	Verwendung verschiedener Substanzen als Substitutionsmittel	3
1.2.3	Pharmakokinetische, pharmakodynamische und pharmakogenetische Besonderheiten beim Metabolismus von Methadon beziehungsweise Codein.....	4
1.2.4	Die Substitutionsbehandlung in Deutschland und ihre rechtlichen Grundlagen	7
1.2.5	Ansatz dieser Untersuchung	10
1.2.6	Fragestellungen dieser Untersuchung.....	10
2	Methoden.....	12
2.1	Erhebungsinstrumentarium.....	12
2.2	Probandengruppe	13
2.3	Studiendesign	13
2.4	Durchführung der Untersuchung.....	14
3	Ergebnisse.....	15
3.1	Probandengruppe	15
3.2	Biographie	16
3.2.1	Soziale Herkunft und familiärer Hintergrund.....	16
3.2.2	Schulbildung und Berufsausbildung.....	17
3.2.3	Leben in einer Partnerschaft und Kinder.....	18

3.2.4	Spiritualität und Religion	19
3.3	Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld zum Erhebungszeitpunkt	19
3.3.1	Wohnsituation.....	19
3.3.2	Beruf und Arbeit.....	21
3.3.3	Finanzielle Situation	22
3.3.4	Juristische Situation.....	25
3.3.5	Personen und Personengruppen, zu denen die Klienten Kontakt haben	27
3.3.6	Freizeitgestaltung	28
3.4	Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld im Rückblick.....	28
3.4.1	Wohnsituation.....	28
3.4.2	Beruf und Arbeit.....	28
3.4.3	Finanzielle Situation	29
3.4.4	Juristische Situation.....	30
3.5	Veränderungen, die sich nach Aussage der Klienten in bestimmten Lebensbereichen ergeben haben.....	31
3.5.1	Wohnsituation.....	31
3.5.2	Beruf und Arbeit.....	31
3.5.3	Finanzielle Situation	32
3.5.4	Verhältnis zum Partner/zur Partnerin	32
3.6	Gesundheit und Befinden zum Erhebungszeitpunkt	32
3.6.1	Somatischer Gesundheitszustand	32
3.6.2	Psychischer Gesundheitszustand	34
3.7	Gesundheit und Befinden im Rückblick.....	35
3.7.1	Somatischer Gesundheitszustand im Zeitraum von drei Monaten vor Substitutionsbeginn	35
3.7.2	Psychischer Gesundheitszustand.....	37

3.8	Drogenanamnese	38
3.8.1	Alter bei Erstkonsum, Konsummuster und Applikationsform gängiger Drogen	38
3.8.2	Art und Dosis der Drogen, welche die Klienten in den letzten drei Monaten vor Beginn der Substitutionsbehandlung konsumiert hatten	45
3.8.3	Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Gebrauch von Drogen	45
3.8.4	Heroinkonsum	46
3.8.5	Entgiftungen, Entwöhnungen und andere primär abstinenzorientierte Therapieverfahren.....	46
3.9	Die Substitutionsbehandlung.....	50
3.9.1	Vorfeld der Substitutionsbehandlung und Motivation dazu.....	50
3.9.2	Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung beim substituierenden Arzt zum Erhebungszeitpunkt	51
3.9.3	Substitutionsmittel.....	52
3.9.4	Positive Aspekte der Substitutionsbehandlung	53
3.9.5	Negative Aspekte der Substitutionsbehandlung.....	54
3.9.6	Umgang mit der Substitutionsbehandlung und Zufriedenheit der Klienten damit	56
3.9.7	Beikonsum von Drogen zusätzlich zum Substitutionsmittel und Ein-nahme von Medikamenten	58
3.9.8	Psychosoziale Betreuung.....	60
3.9.9	Perspektiven	62
3.9.10	Punkte zum Kontext Substitution, die den Klienten wichtig sind und vom Interviewleitfaden nicht erfasst wurden	63
3.10	Vergleich der Substitution mit Methadon versus Codein.....	64
3.10.1	Signifikante Ergebnisse	65
4	Diskussion	66

4.1	Probandengruppe	67
4.2	Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld zum Erhebungszeitpunkt und im Rückblick.....	68
4.2.1	Situation in Kindheit und Jugend bezüglich fürsorgender Personen.....	68
4.2.2	Suchtproblematik in der Familie	68
4.2.3	Schul- und Berufsausbildung	69
4.2.4	Beruf und Arbeit.....	70
4.2.5	Finanzielle Situation.....	73
4.2.6	Juristische Situation.....	75
4.3	Gesundheit und Befinden zum Erhebungszeitpunkt und im Rückblick.....	76
4.3.1	Somatischer Gesundheitszustand	79
4.3.2	Psychischer Gesundheitszustand	80
4.4	Drogenanamnese	81
4.5	Die Substitutionsbehandlung.....	82
4.5.1	Vorfeld der Substitutionsbehandlung	82
4.5.2	Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung beim substituierenden Arzt zum Erhebungszeitpunkt	83
4.5.3	Substitutionsmittel.....	84
4.5.4	Positive und negative Aspekte der Substitutionsbehandlung.....	84
4.5.5	Beikonsum von Drogen zusätzlich zum Substitutionsmittel und Einnahme von Medikamenten	86
4.5.6	Psychosoziale Betreuung.....	90
4.6	Vergleich der Substitution mit Methadon versus Codein.....	91
4.6.1	Grundsätzliches zur Substitution mit verschiedenen Substanzen.....	91
4.6.2	Zum Vergleich selbst.....	93
5	Zusammenfassung	98

6	Literaturverzeichnis	104
7	Anhang	107

1 Einleitung

1.1 Die Opiatabhängigkeit

Die Opiatabhängigkeit, in der heutigen westlichen Gesellschaft eine von vielen Suchterkrankungen, ist schon seit vielen hundert Jahren bekannt. Bereits 100 nach Christus wurde Opium aufgrund seiner analgetischen Wirkung in der traditionellen Medizin verwendet. Opium stellt gewissermaßen die Ursubstanz aller heute bekannten Opiate dar, die durch Modifizierung des Ursprungsmoleküls entstanden sind. Im 17. Jahrhundert wurde das Opiumrauchen in China populär, wodurch die ersten Suchtprobleme auftraten. Bereits im 18. Jahrhundert hatten die durch die Opiumsucht entstandenen Probleme derartige Ausmaße angenommen, dass China den Opiumanbau und –handel verbieten musste. Etwa zur selben Zeit gelangte das Opium nach Europa und Nordamerika, wo es sich als Rauschmittel schnell etablierte.

Der Rauschzustand wird als euphorisches Hochgefühl beschrieben, außerdem tritt eine tiefe Gleichgültigkeit ein. Dieses Hochgefühl erklärt das starke psychische Abhängigkeitspotential.

Da Opiate ihre Wirkungen durch das Besetzen verschiedener Opiatrezeptoren entfalten, die sich an verschiedenen Orten des menschlichen Organismus wie dem zentralen, dem peripheren und dem vegetativen Nervensystem befinden, sind diese Wirkungen sehr vielfältig. Man nutzt die Effekte dieser Substanzen bis heute in der Medizin. So sind Opiate als Analgetika bei sehr starken Schmerzen wie sie nach Operationen oder bei Krebspatienten im fortgeschrittenen Stadium auftreten, sehr geschätzt und tragen zur Lebensqualität der Betroffenen erheblich bei. Als wichtiger Vertreter sei hier das Morphin genannt, das sich vom Opium ableitet. Auch als Antitussivum ist vor allem Codein nach wie vor ein hochwirksames und gut verträgliches Medikament. Da Opiate die Darmmotorik dämpfen kommen sie als Mittel gegen Diarrhoe zum Einsatz.

Diese therapeutisch eingesetzten Wirkungen treten als Nebenwirkungen auch bei Opiaten auf, die als Rauschmittel oder zur Substitution eingesetzt werden, wobei sie bei

verschiedenen Opiaten verschieden stark zum Tragen kommen, so dass jedes Opiat ein eigenes Wirkungsprofil hat.

Die heute als Rauschmittel vorwiegend eingesetzten Opiate haben ihren Ursprung alle in der pharmazeutischen Forschung und sollten eigentlich als Medikamente eingesetzt werden. Opium hat im westlichen Kulturkreis heutzutage Seltenheitswert. Heroin wurde 1898 als Antitussivum entwickelt und leitet sich chemisch vom Morphin ab. Codein ist ebenfalls ein Opiumabkömmling und dem Morphin ähnlich, jedoch weniger analgetisch wirksam, dafür aber ein gutes Antitussivum. Methadon ist ein synthetisches Opioid, welches 1945 von der Firma Hoechst primär als Analgetikum hergestellt wurde. In der Schmerztherapie erlangte es nie Bedeutung, jedoch führten Dole und Nyswander in den frühen 60er-Jahren erstmals eine Substitutionstherapie bei Heroinabhängigkeit damit durch. Seither wird es zu diesem Zweck angewendet.

1.2 Die Substitutionsbehandlung

1.2.1 Therapieprinzipien

Die Substitutionsbehandlung bei Heroinabhängigkeit basiert auf dem Prinzip, dass das Opiat Heroin durch ein anderes Opiat ersetzt wird. Dieser Ersatzstoff, das Substitutionsmittel, ist in der Lage, Opiatrezeptoren zu besetzen, ohne eine psychotrope Wirkung zu entfalten. Somit wird ein Entzugssyndrom vermieden, wobei der Abhängige aber keinen Rausch mehr erlebt. Dadurch kann er stabilisiert werden. Es entfällt der ständige Druck, sich seine Droge beschaffen zu müssen und die Konsequenzen, die sich aus diesem Druck ergeben. Genannt seien hier Beschaffungskriminalität, Prostitution, Vernichtung der eigenen Existenzgrundlagen und soziale Ausgrenzung. Auch die gesundheitlichen Risiken durch tägliche intravenöse Injektionen, durch mit toxischen Stoffen versetztes Straßenheroin und nicht zuletzt durch einen gefährlichen, sich selbst vernachlässigenden Lebensstil, entfallen weitestgehend.

Da eine Suchterkrankung jedoch sehr komplex ist, ist sie auf dieser rein chemisch-pharmakologischen Ebene nicht ausreichend zu therapieren. Prinzipiell ist schon seit Dole und Nyswander, den Pionieren der Substitutionsbehandlung, anerkannt, dass

neben der Vergabe des Substitutionsmittels auch flankierende psychosoziale und psychotherapeutische Angebote sinnvoll, wenn nicht gar notwendig sind, um die angestrebten Therapieziele Drogenfreiheit, Stabilisierung und Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheitssituation sowie soziale Reintegration erreichen zu können. Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche Studien und Artikel wie zum Beispiel von Scherbaum und Bender, die sich mit dem Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung befassten (Scherbaum und Bender, 1995). U. Post schrieb 1996 in ihrer Studie zur psychosozialen Integration unter mehrjähriger Methadonsubstitution: „...Eine schwere Hürde zu Programmbeginn bildet die Leere, das Loch, das die TeilnehmerInnen nach Absetzen der Drogen spüren, denn das Methadon verändert in der verabreichten Form weder das Bewusstsein noch die Gefühle, sondern stellt nur einen Normalzustand her. Wie bei Cleantherapien auch geht es darum, einen neuen Lebenssinn zu finden, und dies ist ein Entwicklungsprozess, der Jahre dauern kann.“ (Post, 1996). Zu diesem Problemfeld kommt noch die erhöhte Prävalenz behandlungsbedürftiger psychiatrischer Krankheitsbilder unter Drogenabhängigen, die in zahlreichen Studien bewiesen und untersucht wurde. Zum Beispiel stellten Vertheim und Mitarbeiter in einer Komorbiditätsstudie fest, dass unter ihren Probanden, allesamt Opiatabhängige aus Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen, eine Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 von 55 % vorlag. Damit lagen sie im Vergleich zu anderen Komorbiditätsstudien wie zum Beispiel der von Kuntze und Mitarbeitern, die auf über 70 % kamen (Kuntze et al., 1998), relativ niedrig, was sich allerdings größtenteils dadurch erklären lässt, dass Persönlichkeitsstörungen nicht miteinbezogen wurden.

Diese und viele andere, ähnliche Untersuchungen machen klar, dass die Substitutionstherapie, um dem Anspruch, eine ganzheitliche, perspektivenschaffende Therapieform zu sein, gerecht zu werden, begleitende Maßnahmen benötigt, die unter dem Begriff „psychosoziale Betreuung“ zusammengefasst werden.

1.2.2 Verwendung verschiedener Substanzen als Substitutionsmittel

Die Grundvoraussetzung, welche eine Substanz erfüllen muss, die zur Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit verwendet werden soll, ist ein Besetzen von Opiatrezeptoren, um ein Entzugssyndrom zu verhindern und eine nicht oder allenfalls

minimal vorhandene psychotrope Wirkung. Dafür kommen außer den hier untersuchten Substanzen Methadon und Codein noch andere Opioide in Frage. Ein Beispiel dafür ist Buprenorphin, ein bewährtes Analgetikum, das in Deutschland zunehmend eingesetzt wird. In Frankreich wird schon seit geraumer Zeit mit Buprenorphin substituiert, dagegen konnte sich Codein dort nicht durchsetzen. Während in anderen Ländern durchaus häufig mit anderen Substanzen substituiert wird, ist in Deutschland Methadon der Standard und wird auch vom Gesetzgeber ausdrücklich so definiert. Codein wurde in der Vergangenheit, also auch zum Zeitpunkt der Datenerhebung für diese Studie, häufig zur Substitution eingesetzt, was sich vor allem dadurch erklären lässt, dass es nicht dem Betäubungsmittelschutzgesetz unterlag, was die Substitutionstherapie unkomplizierter und flexibler machte. Seit sich dies nach einer einschneidenden Gesetzesänderung 1998 änderte, hat Codein in der Substitution erheblich an Bedeutung verloren und kommt nur noch in medizinisch begründeten Einzelfällen zum Einsatz. Hierauf wird in 1.2.3. näher eingegangen.

1.2.3 Pharmakokinetische, pharmakodynamische und pharmakogenetische Besonderheiten beim Metabolismus von Methadon beziehungsweise Codein

Bei der Substitutionstherapie wird, wie bereits erwähnt, Heroin durch ein anderes Opiat beziehungsweise Opioid ersetzt. Davon ausgehend, dass sich der tägliche Heroinkonsum des einzelnen Abhängigen im Laufe der Zeit so „eingependelt“ hat, dass er sich innerhalb relativ enger Grenzen bewegt, die gewährleisten, dass sich der Konsument wohlfühlt und nicht unter Entzugserscheinungen leidet, dass sich also annähernd ein Fließgleichgewicht eingestellt hat, strebt man in der Therapie an, die Äquivalenzdosis des Substitutionsmittels zu verabreichen. Das bedeutet, dass diese Dosis möglichst klein sein sollte, um unerwünschte Wirkungen zu vermeiden, aber eben auch groß genug, damit kein Entzugssyndrom auftritt. Hierfür orientiert man sich als Therapeut an Erfahrungswerten und nähert sich so der erforderlichen Dosierung an.

Die Einnahmeintervalle richten sich nach den bekannten Plasmahalbwertszeiten des jeweiligen Substituts.

Auf diese Art und Weise können beim überwiegenden Teil der Substituierten relativ schnell und problemlos Modalitäten für die Substitutionsbehandlung festgelegt werden, die ein gutes Therapieresultat erbringen.

Allerdings gibt es verschiedene Faktoren, die den Metabolismus des Substitutionsmittels so gravierend beeinflussen, dass sich daraus merkbare Konsequenzen für die Durchführung der Therapie beziehungsweise deren Durchführung ergeben können.

Hier sind vor allem genetische Polymorphismen des Cytochrom-P-450-Enzymsystems zu nennen, welches zu 90-95 % in der Leber lokalisiert ist.

Bei den Cytochrom-P-450-Enzymen handelt es sich um ein Enzymsystem, welches im menschlichen Körper am katalytischen Ab- und Umbau einer Vielzahl von Medikamenten maßgeblich beteiligt ist. Auch Methadon und Codein werden dadurch verstoffwechselt. Unter den zahlreichen Subtypen des Systems spielt hier das Enzym CYP2D6 die wichtigste Rolle. Es sorgt dafür, dass Methadon abgebaut und die sogenannte Prodrug Codein durch chemische Modifikation in den Wirkstoff Morphin überführt wird.

Dieses Enzym unterliegt einem genetischen Polymorphismus, das heißt, je nach Genotyp des Individuums unterscheidet sich die enzymatische Aktivität, die ausschlaggebend dafür ist, mit welcher Geschwindigkeit und in welchem Ausmaß Methadon abgebaut und damit aus dem Körper eliminiert beziehungsweise Codein in die gewünschte Wirkform Morphin überführt wird.

Dazu gibt es verschiedene Studien, die sich mit diesem Phänomen befassen. Zanger und Mitarbeiter benennen verschiedene Kategorien von CYP2D6-Metabolisierern. Der „normale“, also am häufigsten vorkommende Typ wird Extensive Metabolizer (im Folgenden als EM bezeichnet) genannt. Daneben gibt es als Extrem auf der einen Seite den Poor-Metabolizer (im Folgenden als PM bezeichnet), bei dem keine enzymatische Aktivität vorhanden ist und auf der anderen Seite den Ultrarapid-Metabolizer (im Folgenden als UM bezeichnet), dessen enzymatische Aktivität vielfach höher ist als beim EM. Dazwischen steht der Intermediate Metabolizer (im Folgenden als IM

bezeichnet), bei dem die enzymatische Aktivität zwar vorhanden, aber erheblich eingeschränkt ist.

Insbesondere die Varianten PM und UM sind sowohl bei Methadon-Substituierten als auch bei Codein-Substituierten von Bedeutung für die Therapie.

Da bei PMs Methadon nicht über CYP2D6 abgebaut wird, kumuliert Methadon, ein Fließgleichgewicht stellt sich nicht ein und die Serumspiegel werden zu hoch. UMs hingegen bauen Methadon zu schnell ab, so dass die Serumspiegel zu niedrig sind. Eap und Mitarbeiter fanden in einer Studie deutliche Hinweise darauf, dass dies bei mit Methadon substituierten Patienten negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg haben kann. Es wurden 256 Patienten untersucht, die mit dem jeweiligen Körpergewicht angepassten Methadon-Dosen behandelt wurden und von denen 18 PMs und 10 UMs waren. Als Korrelat für mangelhaften Therapieerfolg wurden Opiatmissbrauch und Entzugserscheinungen betrachtet. Dabei wurde festgestellt, dass von den PMs 72 % und von den UMs lediglich 40 % als erfolgreich in der Substitutionstherapie betrachtet werden konnten (Eap et al., 2001).

Poulsen und Mitarbeiter verglichen in einer Studie den analgetischen Effekt und das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen von Codein und Morphin bei EMs und PMs. Da Codein ein Prodrug ist und erst durch O-Demethylierung in die eigentliche Wirkform Morphin überführt werden muss, die sowohl für die Analgesie als auch für unerwünschte Nebenwirkungen verantwortlich ist, lag die Vermutung nahe, dass PMs im Vergleich zu EMs nach Gabe von Codein sowohl weniger erwünschte als auch weniger unerwünschte Wirkungen hatten, während es nach Gabe von Morphin keine Unterschiede zwischen den beiden Varianten geben dürfte. Dies bestätigte sich (Poulsen et al., 1996). Dieses Ergebnis ist auf die Substitutionsbehandlung übertragbar, da auch hier der erwünschte Effekt durch Morphin hervorgerufen wird.

Die Verteilung der verschiedenen Metabolisierertypen schwankt je nach ethnischer Zugehörigkeit, ist aber auch in verschiedenen Regionen verschieden verteilt. So sind circa 1,5 % der Deutschen, circa 7 % der Spanier und 29 % der Äthiopier UMs (Eap et al., 2001). PMs kommen bei der kaukasischen Rasse zu etwa 10 % vor, bei Asiaten hingegen zu weniger als 1 % (Zanger et al., 2004).

Diese Zahlen dürften für die Substitutionsbehandlung in Zeiten zunehmender Migrationsbewegungen von Bedeutung sein.

Wie komplex der Metabolismus des Cytochrom-P-450-Enzymsystems ist, zeigt eine Studie von Caraco und Mitarbeitern, in der Angehörige der kaukasischen Rasse mit Chinesen verglichen wurden. Es konnte festgestellt werden, dass Kaukasier einen größeren Anteil des zugeführten Codeins in Morphin umwandeln und gleichzeitig eine höhere Sensitivität bezüglich des analgetischen Effekts von Morphin ausweisen als Chinesen. Weiterhin wurde ein Phänomen untersucht, welches eine wichtige Rolle spielt, wenn mehrere Substrate (in der Praxis meist Medikamente) verabreicht werden, die über CYP2D6 verstoffwechselt werden. In diesem Fall wurde Codein und Chinidin, welches eine höhere Affinität zum Enzym aufweist als Codein, gegeben. Das hat zur Folge, dass die Umwandlung von Codein zu Morphin durch Chinidin gehemmt wird. Dieser Effekt ist bei Kaukasiern stärker ausgeprägt als bei Chinesen (Caraco et al., 1999).

1.2.4 Die Substitutionsbehandlung in Deutschland und ihre rechtlichen Grundlagen

Obgleich die Substitutionstherapie bereits seit Jahrzehnten bekannt und Gegenstand der Forschung ist, stellt sie in Deutschland eine recht junge Therapieform dar. In den 80er-Jahren war sie noch sehr umstritten, und die Diskussionen, ob man durch die Verabreichung einer suchterzeugenden Substanz Drogenabhängige therapieren kann oder nicht, nahmen in Fachkreisen nahezu das Ausmaß eines Glaubenskrieges an.

Rechtliche Grundlagen für jede Form der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung ist eine ärztliche Maßnahme, die grundsätzlich von jedem Arzt mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden kann. Hierbei muss sich der Substituierende an die gesetzlichen Bestimmungen halten, die durch Richtlinien der Bundesärztekammer, durch das Betäubungsmittelschutzgesetz (BtmG) und durch die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) vorgegeben werden.

Rechtliche Grundlagen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

1991 wurde die Substitutionstherapie in der kassenärztlichen Versorgung durch die neuen Untersuchungs- und Behandlungs-Richtlinien (im Folgenden NUB-Richtlinien genannt) verbindlich geregelt. Dazu gehörte unter anderem eine Dokumentationspflicht, um eine Kontrolle zu erlauben und die Miteinbeziehung einer begleitenden psychosozialen Betreuung. Außerdem wurden Indikationen für die Anwendung formuliert. Grundsätzliches therapeutisches Ziel war die Drogenfreiheit. Die Indikationen waren im Einzelnen:

- Drogenabhängige in lebensbedrohlichem Zustand,
- Drogenabhängigkeit bei AIDS-Kranken mit fortgeschrittener manifester Erkrankung,
- Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft und unter der Geburt,
- chronisch rezidivierende Erkrankungen,
- sozialmedizinische Indikation: Langjährig Abhängige mit mehreren gescheiterten Abstinenztherapien; langjährig Abhängige, die aufgrund von Persönlichkeitsdefiziten keine Anbindung an das Drogenhilfesystem finden.

Drogenabhängigkeit alleine stellte also keine Indikation zur Substitutionsbehandlung im Sinne einer Krankenbehandlung dar.

Durch die kassenärztlichen Vereinigungen eingesetzte Kommissionen entschieden darüber, welche Ärzte im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung substituieren und welche Patienten substituiert werden durften. Eine Substitutionstherapie zur Gesundheitsprävention war nicht zugelassen.

Die Substitution mit Codein in Zusammenhang mit sich verändernden rechtlichen Bestimmungen

Aufgrund des ziemlich hochschwelligem Zuganges zur Substitution wurde in zunehmendem Maße die sogenannte „graue“ Substitution eingesetzt. Im Unterschied zur Substitution nach den NUB-Richtlinien kam hierbei nicht Methadon, sondern Codein zur Verwendung. Das hatte den einfachen Grund, dass Codein damals nicht der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterlag, weshalb es unter Umgehung der durch die NUB-Richtlinien vorgeschriebenen Regelungen problemlos auf Privatrezept verschrieben werden konnte.

Zum Zeitpunkt dieser Studie lagen die oben beschriebenen Bedingungen vor.

Die „graue“ Substitution wurde bis 1998 toleriert. Dann führten immer mehr Drogentote, die mit dieser Substitutionspraxis in Verbindung gebracht wurden, schließlich dazu, dass Codein der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterstellt wurde. Es galt eine Übergangsfrist bis zum ersten Januar 2000, in der die Codein-Substituierten, die bisher unter Umgehung der NUB-Richtlinien behandelt worden waren, „abgewickelt“ werden mussten. Das heißt, sie wurden entweder nicht mehr substituiert oder aber auf Methadon umgestellt.

In dieser Zeit wurden auch die NUB-Richtlinien in ihrer Gesamtheit neu geregelt. Am 17. Juni 1999 traten an ihrer Stelle die AUB- (Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) Richtlinien in Kraft. Der entscheidende Unterschied nach der Neuregelung liegt darin, dass die Substitutionsbehandlung nicht mehr eine Methode zweiter Wahl ist, die nur dann zur Anwendung kommen darf, wenn eine Abstinenztherapie nicht möglich ist, sondern, dass sie als Krankenbehandlung anerkannt ist. Weiterhin wird Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel definiert, jedoch ist die Substitution im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes zugelassen, welches begleitende psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen miteinbezieht, wenn dieses Ziel nicht in absehbarer Zeit erreichbar ist. Die Indikationsstellung wurde dahingehend erweitert, dass auch dann

substituiert werden darf, wenn eine auf Drogenfreiheit ausgerichtete Therapie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden kann oder wenn durch die Substitution eine Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes und/oder durch schrittweises Abdosieren die Erlangung der Drogenfreiheit zu erwarten ist.

Seit dem 28. Oktober 2002 ist eine erneute Änderung in Kraft getreten. Seither gibt es keine Untersuchungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen mehr, die eine Substitutionsbehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung im Vorfeld genehmigen müssen, sondern der Arzt selbst kann, wenn ihm von der Kassenärztlichen Vereinigung die entsprechende Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsbehandlungen erteilt wurde, die Indikation selbst stellen. Er unterliegt einer strengen Dokumentationspflicht, damit die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Stichproben genau untersuchen können, ob die Substitution gemäß den gültigen Richtlinien durchgeführt wird.

1.2.5 **Ansatz dieser Untersuchung**

Es finden sich in der Fachliteratur zahlreiche Studien zur Substitutionstherapie. Darin wurde sie unter teilweise sehr differierenden Ausgangsbedingungen untersucht. Der größte Teil jedoch kommt aus den USA oder dem europäischen Ausland, wo oft ganz andere Umstände vorzufinden sind als in Deutschland. Die deutschen Untersuchungen wurden meist in Großstädten durchgeführt, ganz anders als die hier vorliegende Studie. Hier konnte in der kleinen Stadt Tübingen beziehungsweise im dazugehörigen Landkreis ein großer Teil der Substituierten erreicht werden. Dies beinhaltet den Vorteil, dass die Probandengruppe, anders als in einer Großstadt, wo aufgrund der größeren Dimensionen oft nur Probanden aus der Substitutionsambulanz eines einzelnen Stadtteils erreicht wurden, einen Querschnitt der substituierten Heroinabhängigen des gesamten Stadtgebietes darstellt.

1.2.6 **Fragestellungen dieser Untersuchung**

Evaluation der Substitutionsbehandlung

In der Evaluation wurde geprüft, ob diese Therapieform bei den befragten Patienten Verbesserungen erreichen konnte. Um dies differenziert beurteilen zu können, wurden

neben der Erhebung anamnestischer und biografischer Daten verschiedene Bereiche, die im Zusammenhang mit der Suchterkrankung und den Therapiezielen stehen, näher untersucht. Diese Bereiche unterteilen sich in die somatische und psychische Gesundheitssituation und den sozialen Bereich, der unter anderem soziale Kontakte, soziale Integration, Beruf und Arbeit sowie die finanzielle und juristische Situation umfasst. Zur Erfassung von Verlaufstendenzen wurden bei einigen Kernpunkten nicht nur Fragen zum Status quo gestellt, sondern auch zu Zeitpunkten in der Vergangenheit.

Weiterhin wurde die Substitutionsbehandlung an sich, ihre Durchführung und ihre Regelungen genau betrachtet, um Stärken und Schwächen herauszufinden und um eventuell kausale Zusammenhänge zu den Ergebnissen der Evaluation darlegen zu können.

Vergleich der mit L-Methadon beziehungsweise mit Dihydro-Codein substituierten Patienten

Hier wird die Frage gestellt, ob es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der mit L-Methadon beziehungsweise mit Dihydro-Codein Substituierten gibt. (Die hier untersuchten Probanden wurden ausschließlich mit L-Methadon und Dihydro-Codein substituiert, was im folgenden Text vereinfacht mit „Methadon“ und „Codein,“ bezeichnet wird). Das Augenmerk wurde besonderes darauf gerichtet, ob sich die gefundenen Unterschiede durch Selektion des jeweiligen Patientengutes, die sich aus der damaligen rechtlichen Lage ergab, oder durch spezifische Unterschiede der verwendeten Substitutionsmittel erklären lassen.

2 Methoden

2.1 Erhebungsinstrumentarium

Als Instrument zur Durchführung dieser Untersuchung diente ein Interviewleitfaden in standardisierter Form. Dieser Leitfaden entspricht bis auf einige Modifikationen weitestgehend einem Fragebogen, der zur Durchführung einer ähnlichen Studie in Hamburg unter der Leitung von Professor Raschke in der ersten Hälfte der 90er-Jahre erstellt und verwendet wurde. Dieser Fragebogen wurde in Hamburg angefordert, um ihn in der hier vorgestellten Untersuchung in Form eines Interviewleitfadens zu verwenden, mit dem Ziel, vergleichbare Daten zu erhalten.

Der Interviewleitfaden ist so konzipiert, dass es möglich wäre, ihn den Probanden im Sinne eines Fragebogens auszuhändigen und ihnen die Beantwortung selbst zu überlassen, was auch die Verwendung von Szene-Jargon erklärt. Aus Gründen der Zuverlässigkeit und der Zeitersparnis sowie der Möglichkeit von Rückfragen wurde jedoch die Form des strukturierten Interviews gewählt, in Anwesenheit des die Fragen stellenden Untersuchers.

Der Bogen besteht aus 102 Items mit insgesamt 483 einzelnen Parametern. Die Fragen liegen in verschiedenen Formen vor. Es gibt zumeist mehrere vorgegebene Antwortmöglichkeiten, von denen je nach Frage eine oder mehrere ausgewählt werden können. Teils ist auch die Antwort in freiem Text möglich, entweder als Alternative, wenn keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zutrifft oder aber es gibt nur diese Möglichkeit der Beantwortung. Letzteres kommt nur sehr vereinzelt vor, zum Beispiel bei der Frage nach dem ausgeübten Beruf.

Inhaltlich werden verschiedene Bereiche rund um den substituierten Patienten abgedeckt. So gibt es Fragen zum sozialen Umfeld, zur Biografie, zur Substitution selbst, was die verwendeten Substanzen, das gesamte Setting, die Gründe dafür und Vorerfahrungen beinhaltet, zur Suchtanamnese inklusive Therapieerfahrungen, zum physischen und psychischen Gesundheitszustand, zur finanziellen und juristischen Situation sowie die Zukunft betreffende Absichten und Hoffnungen. Am Ende des

Interviews wird den Probanden die Möglichkeit gegeben, in freier Form anzusprechen, was ihrer Ansicht nach im Kontext „Substitution“ von Bedeutung ist und vom Fragebogen nicht erfasst wurde.

Im Anhang kann der verwendete Fragebogen eingesehen werden.

2.2 Probandengruppe

Sämtliche Probanden waren (gemäß DSM-IV und ICD-10 klassifizierte) Opiatabhängige beziehungsweise Polytoxikomane, die unter anderem auch opiatabhängig waren. Alle befanden sich in Substitutionsbehandlung. Zum Untersuchungszeitpunkt war im Kreis Tübingen eine Grundgesamtheit von 126 Substituierten in 14 Arztpraxen gemeldet, von denen 86 befragt wurden, was einer Rekrutierungsquote von 68,25 % entspricht. Diejenigen potentiellen Probanden, die nicht befragt wurden, wollten entweder nicht an der Studie teilnehmen, wurden vom jeweiligen substituierenden Arzt als nicht geeignet befunden oder konnten aus organisatorischen Gründen, vor allem aufgrund von Bedenken des jeweiligen substituierenden Arztes, nicht erreicht werden. (Es soll an dieser Stelle betont werden, dass die Kooperation der Ärzte allgemein sehr gut und deren Interesse an der Untersuchung hoch war. Mangelnde Kooperationsbereitschaft kam nur in Einzelfällen vor.)

2.3 Studiendesign

Diese Evaluations-Studie ist eine deskriptive Querschnittsuntersuchung, das heißt, es wurde für den Zeitpunkt der Untersuchung eine beschreibende Bestandsaufnahme gemacht. Fragen, die sich auf zurückliegende Ereignisse und Entwicklungen beziehen, erlauben gewisse Rückschlüsse auf den Verlauf im Rückblick. Die Probanden befanden sich zwar in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung, wurden aber aus ihrem persönlichen Lebensraum heraus interviewt, so dass von einer Feldstudie gesprochen werden kann. Diese Studie hat eher hypothesengenerierenden Charakter und keinen experimentell-hypothesenprüfenden.

2.4 Durchführung der Untersuchung

Um die substituierten Patienten zu erreichen, wurden zunächst die substituierenden Ärzte im Kreis Tübingen angesprochen. Diese Kontaktaufnahme wurde durch den „Arbeitskreis Substitution“ und den Betreuer der Arbeit Herrn Dr. med. Dipl. Psych. Günthner hergestellt. Von den 14 substituierenden Arztpraxen waren neun zu einer Kooperation bereit.

In einem informativen Gespräch wurde dem jeweiligen Arzt die Studie vorgestellt. Die Information und Motivation zur Teilnahme erfolgte durch die substituierenden Ärzte. Über die Praxen wurden mit den Patienten, die auf informierter Basis ihre Bereitschaft zur Befragung erklärt hatten, Termine zur Befragung vereinbart. Die Befragung selbst fand in einem von der jeweiligen Praxis zur Verfügung gestellten Raum statt. Sämtliche Befragungen wurden im Zeitraum zwischen Mai 1996 und Juli 1997 durchgeführt.

Befragt wurden die Patienten durch den Autor dieser hier vorliegenden Studie und Herrn Dipl. psych. J. Mörcke, der die Daten zur Abfassung seiner Diplomarbeit in Psychologie benötigte. Von jedem der beiden Untersucher wurde jeweils etwa die Hälfte der Probanden befragt.

Die Modalitäten und das Procedere der Befragung durch die beiden Befrager auf der Basis des vollstandardisierten Erhebungsinstrumentes wurde sorgfältig mit Herrn Dr. med. Dipl. psych. Arthur Günthner im Sinne eines gemeinsamen Rater-Trainings durchgesprochen.

Die Befragung eines Patienten dauerte zwischen einer und drei Stunden. In der Regel genügte ein Termin, in Einzelfällen wurde die Befragung auf zwei oder drei Termine aufgeteilt. Gründe dafür waren beispielsweise erhebliche Konzentrationsschwierigkeiten oder Termindruck seitens der Patienten. Von zwei Probanden wurde das Interview vorzeitig abgebrochen. Diese Daten gingen nicht in die Untersuchung ein.

3 Ergebnisse

Das nun folgende Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Ergebnisse, die sich aus der Untersuchung der Probandengruppe ergeben.

Einem besseren Textfluss zuliebe wurde bei Wörtern wie beispielsweise „Partner“, „Patient“ oder „Klient“ auf die Ausschreibung beider Geschlechtsformen verzichtet. Der Autor bittet darum um Verständnis.

Im therapeutischen Umfeld der Substituierten in Tübingen wurden diese teil als Patienten, teils als Klienten bezeichnet. Diese beiden Bezeichnungen werden hier gleichwertig verwendet.

Es war den Probanden bei mehreren Fragen des zur Datenerhebung benutzten Klientenfragebogens gestattet, mehrere Antwortmöglichkeiten zu wählen. Dies wird hier durch die Bezeichnung „Mehrfachantwort“ gekennzeichnet.

Bei der Frage nach Häufigkeiten waren in mehreren Fragen fünf Antwortkategorien vorgegeben: „Ständig“ bedeutete fast täglich, „oft“ ein bis zwei Mal pro Woche, „manchmal“ ein bis zwei Mal pro Monat, „selten“ ein bis zwei Mal im halben Jahr. Die fünfte Antwortmöglichkeit war „nie“.

3.1 Probandengruppe

Soziodemographische Daten der Probandengruppe

In dieser Studie wurden 86 mit Methadon oder Codein substituierte drogenabhängige Patienten untersucht.

Alter der Probanden

Die Probanden waren zwischen 18 und 46 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag bei 33 Jahren, die Standardabweichung betrug 6,15.

Geschlecht der Probanden

Es wurden 58 männliche und 28 weibliche Probanden befragt.

Staatsangehörigkeit

Von den 86 Klienten waren 76 (88,4 %) deutscher Staatsangehörigkeit. Die verbleibenden 10 Patienten (11,6 %) waren italienische, türkische, griechische, kroatische oder iranische Staatsbürger.

Familienstand

Ledig waren 65 der 86 befragten Patienten (75,6 %), 16 (18,6 %) waren geschieden. Im Stand der Ehe befanden sich zwei Patienten, drei Klienten gaben an, verwitwet zu sein.

3.2 Biographie

3.2.1 Soziale Herkunft und familiärer Hintergrund

3.2.1.1 Situation in Kindheit und Jugend bezüglich fürsorgender Personen

Von den 86 untersuchten Patienten gaben 64 (74,4 %) an, bei beiden Elternteilen aufgewachsen zu sein, während 13 Patienten (15,1 %) erklärten, sie hätten ihre Jugend bei einem Elternteil verbracht. Großeltern oder andere Verwandte waren nach den Antworten bei fünf Klienten (5,8 %) die Fürsorgenden, in Heimen wuchsen ihren Angaben zufolge vier Patienten (4,7 %) auf. Pflegeeltern führte keiner an.

3.2.1.2 Suchtproblematik und psychiatrische Erkrankungen in der Familie

Suchtproblematik

Insgesamt meinten 40 Patienten (46,5 %), dass in ihrer Familie ein Suchtproblem vorlag. Zwei Klienten konnten zu dieser Frage keine Angabe machen.

Befragt nach der Person mit Suchterkrankung nannten 14 Klienten (16,3 %) den Vater, sechs (6,9 %) die Mutter und ebenfalls sechs den Bruder. Vater und Bruder waren bei

drei Patienten (3,4 %) betroffen. Einmal angegeben wurden beide Elternteile, Mutter und Großvater sowie Mutter und Schwester.

Als Suchtmittel kam 23 Mal (26,7 %) Alkohol vor. Medikamente in Verbindung mit Alkohol wurden drei Mal (3,4 %) genannt, ebenso Medikamente in Verbindung mit Heroin. Andere Suchtmittel und deren Kombinationen waren jeweils einmal vertreten (Alkohol und Heroin, ausschließlich Medikamente, ausschließlich Heroin, Kokain und LSD, polytoxikomanes Suchtverhalten).

Psychiatrische Behandlung

Ein Familienmitglied, welches sich in psychiatrischer Behandlung befand, hatten 11 der 86 befragten Patienten (12,8 %), ein Patient konnte diese Frage nicht beantworten.

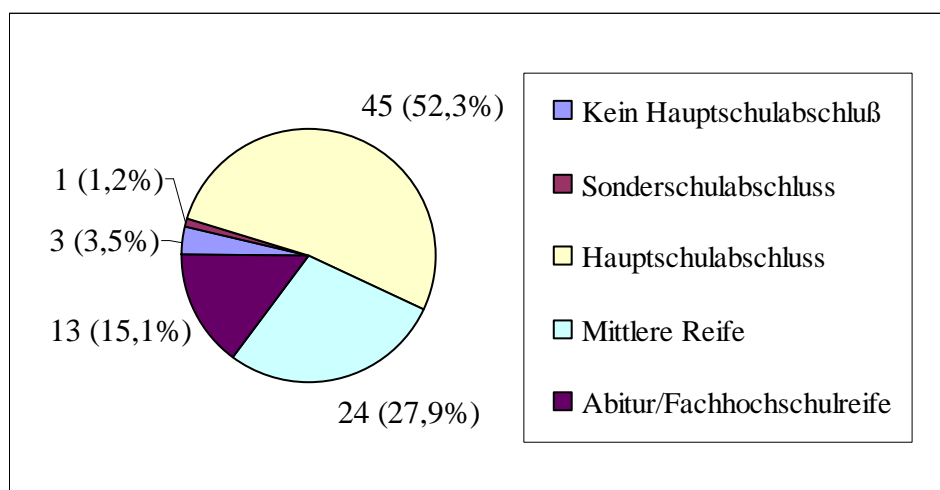
Erkranktes Familienmitglied war bei fünf Patienten (5,8 %) die Mutter, bei jeweils drei (3,4 %) wurden der Vater beziehungsweise Geschwister angeführt.

Als Grund für die psychiatrische Behandlung wurden von drei Patienten (3,4 %) Depressionen, von zwei Patienten (2,3 %) Schizophrenie genannt. Ebenfalls zwei Klienten gaben an, sie seien sich über den Grund nicht im Klaren. Weiterhin kamen Alkoholentzug, Vergewaltigung und psychosomatische Ursachen vor und zwar jeweils ein Mal.

3.2.2 Schulbildung und Berufsausbildung

3.2.2.1 Höchster erreichter Schulabschluss

Abbildung 1: Anzahl der Patienten mit verschiedenen Schulabschlüssen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



3.2.2.2 Berufsausbildungen

Von den hier angeführten Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten mehrere wählen. 10 Klienten (11,6 %) haben eine Ausbildung begonnen, 35 Klienten (40,6 %) haben eine solche abgebrochen. Einen Ausbildungsabschluss haben 46 Patienten (53,4 %) in der Tasche, vier (4,6 %) arbeiten darauf hin, sie haben eine Ausbildung begonnen, welche zum Zeitpunkt der Befragung noch andauert. Drei Patienten (3,4 %) haben mehrere abgeschlossene Berufsausbildungen.

Abgebrochene Berufsausbildungen

48,8 % der Befragten, das entspricht 42 Patienten, hatten eine oder mehrere Berufsausbildungen abgebrochen. Darunter befanden sich 29 Klienten mit einem Abbruch, sieben hatten zwei Ausbildungen und sechs hatten drei abgebrochen.

Erreichen des gewünschten Ausbildungszieles

26 Patienten (30,2 %) hatten ihren Angaben zufolge ihr gewünschtes Ausbildungsziel erreicht, während die Mehrzahl von 57 Patienten (66,2 %) dies verneinten und drei Patienten auf diese Frage nicht antworteten.

3.2.3 Leben in einer Partnerschaft und Kinder

Aktueller fester Partner

In einer festen Partnerschaft lebten 49 Klienten (57 %), der Rest, 37 Klienten (43 %) hatten zum Zeitpunkt der Erhebung keinen festen Partner.

Eigene Kinder

Kinder hatten 27 Klienten (31,3 %), 59 (68,6 %) waren kinderlos.

3.2.4 Spiritualität und Religion

Bedeutung spiritueller Themen für die einzelnen Klienten

Spirituelle Themen waren für 19 Patienten (22 %) sehr wichtig, für 19 ziemlich wichtig und für 13 (15,1 %) etwas wichtig. 35 Klienten (40,6 %) gaben an, dass spirituelle Themen für sie gar nicht wichtig seien.

Ausmaß der Beschäftigung mit spirituellen oder geistigen Themen

Sieben Patienten (8,1 %) beschäftigten sich ihren Angaben zufolge sehr mit derartigen Themen, 25 Klienten (29 %) werteten das Ausmaß der Beschäftigung mit spirituellen Themen als „ziemlich“, 16 Patienten (18,6 %) als „etwas“. 38 Patienten (44,1 %) beschäftigten sich offensichtlich gar nicht damit.

Zugehörigkeit zu einer Konfession

Ein Klient war Katholik, ein anderer Jude. Dem islamischen Glauben fühlten sich fünf Klienten (5,8 %) zugehörig. Sechs Patienten (6,9 %) waren Anhänger von Religionen, welche nicht als Antwortmöglichkeit vorgesehen waren. 39 Patienten (45,3 %) wiesen ihrem Glauben keine bestimmte Konfession zu.

3.3 Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld zum Erhebungszeitpunkt

3.3.1 Wohnsituation

Wohnort

Im Landkreis Tübingen, dem Ort der Erhebung, waren 77 Klienten (92,4 %) ansässig. Der Rest wohnte in angrenzenden Landkreisen.

Wohnform

In einer eigenen Wohnung lebten 55 Patienten (64 %), 19 (22,1 %) in einer Wohngemeinschaft. Neun Klienten (10,4 %) wohnten bei Eltern oder anderen Verwandten, zwei (2,3 %) beim Partner.

Single- oder Mehrpersonenhaushalt

38 Patienten (44,2 %) gaben an, alleine zu wohnen. In Gemeinschaft lebten die restlichen 48 Patienten, acht (9,3 %) mit Partner und Kind, 21 (24,4 %) mit Partner, aber ohne Kind und 19 (22,1 %) mit anderen Leuten.

Anzahl der im Haushalt lebenden und versorgten Kinder

Acht Patienten (9,3 %) lebten mit Kindern in ihrem Haushalt, die dort auch versorgt wurden, bei sieben war es ein Kind, bei einem zwei Kinder.

Mitbewohner mit Drogenkonsum

17 Klienten (19,8 %) erklärten, sie hätten Mitbewohner mit Drogenkonsum, 69 Patienten (80,2 %) wohnten ohne Drogenkonsumenten.

3.3.2 Beruf und Arbeit

3.3.2.1 Aktuelle Situation

Tabelle 1: Verschiedene Möglichkeiten der Arbeits- und Berufssituation, Anzahl der Patienten, auf die die jeweilige Möglichkeit zutraf und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Schule, Hochschule, weiterführende Schule	Gelegenheitsjobs	Befristete Stelle	Unbefristete Stelle	ABM- Maßnahme
3 3,5 %	10 11,6 %	3 3,5 %	15 17,4 %	1 1,1 %
Frührentner	Arbeitslos; Arbeitslosengeld, -hilfe	Arbeitslos; Sozialhilfe	Anderes (z. B. Selbständigkeit, BaföG, Schwerbehindertenrente)	
1 1,1 %	30 34,9 %	21 24,4 %	13 15,1 %	

3.3.2.2 Aktuell ausgeübte Tätigkeit

Hier fand sich eine Vielzahl verschiedener Berufe, wobei ein Schwerpunkt beim Handwerk lag, Akademiker waren zwar vertreten, jedoch in einem weit geringeren Ausmaß, noch seltener gab es Schüler oder Studenten.

3.3.3 Finanzielle Situation

3.3.3.1 Einkommensquellen

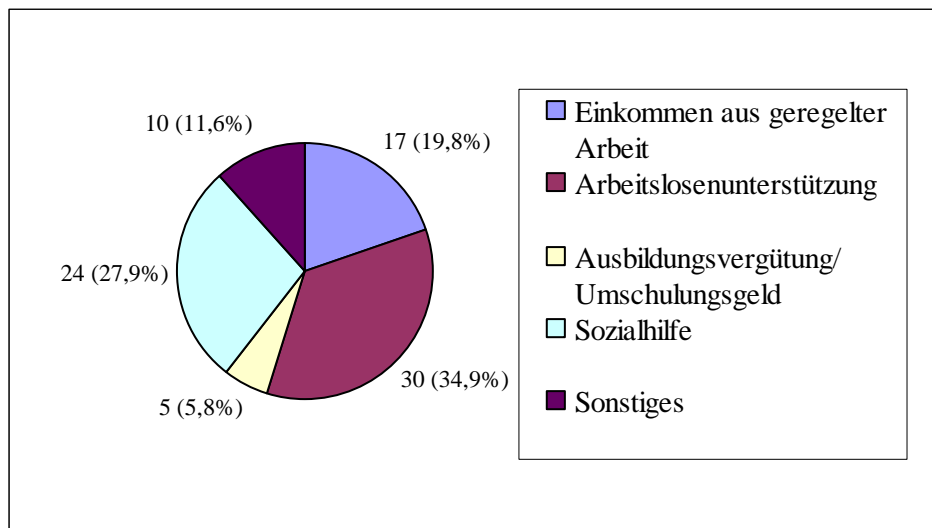
Tabelle 2: Anzahl der Patienten, die sich durch bestimmte Möglichkeiten finanzierten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Geregelte Arbeit	Gelegenheits-jobs	Schwarzarbeit	Arbeitslosenunterstützung	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld
19 22,1 %	16 18,6 %	9 10,5 %	34 39,5 %	7 8,1 %

Prostitution/ Zuhälterei	Drogenhandel	Hehlerei	Diebstahl	Einbruch	Anderes
0 0	6 7,0 %	3 3,5 %	5 5,9 %	0 0	3 3,5 %

Betragsmäßig bedeutendste Einkommensquelle

Abbildung 2: Anzahl der Patienten, die bestimmte Einnahmequellen als bedeutendste angaben und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



Einkommenshöhe insgesamt aus allen Einkommensquellen

Tabelle 3: Anzahl der Patienten in verschiedenen Einkommensklassen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

Weniger als 1000 DM	23	26,7 %
1000 DM	16	18,6 %
Zwischen 1000 und 1500 DM	13	15,1 %
1500 DM	9	10,4 %
Zwischen 1500 und 2500 DM	12	13,9 %
2500 DM	6	6,9 %
Zwischen 2500 und 3000 DM	2	2,3 %
3000 DM oder mehr	5	5,8 %

Die Einkommenshöhe der 86 Patienten lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 200 und 9000 DM pro Monat, bei einem Durchschnitt von circa 1500 DM. Neun Klienten (10,4 %) hatten diesen dem Durchschnitt entsprechenden Betrag jeden Monat zur Verfügung. Der größte Teil der Patienten musste bei Einkommen zwischen 200 und 1500 DM mit einem recht geringen Betrag zurechtkommen.

3.3.3.2 Schulden und Schuldenhöhe

Vorliegen von Schulden

Mit Schulden belastet waren 62 Patienten (72,1 %), während 24 Patienten (27,9 %) keine Schulden hatten.

Schuldenhöhe

Tabelle 4: Anzahl der Patienten mit verschiedenen Schuldenhöhen und deren prozentualer Anteil an der Gruppe derer mit Schulden (n=62).

Bis 1000 DM	6	9,7 %
Zwischen 1000 und 10000 DM	19	30,6 %
10000 DM	9	14,5 %
10000 bis 50000 DM	18	29,0 %
Über 50000 DM	5	8,0 %
2500 DM	6	9,7 %

Die Höhe der Schulden bewegte sich zwischen 300 und 600000 DM. Ein Schwerpunkt fand sich mit neun Klienten (10,4 %) bei 10000 DM. Die durchschnittliche Schuldenhöhe lag bei circa 26000 DM.

Gläubiger

Als Gläubiger standen an erster Stelle Banken und Kreditinstitute, nämlich bei 42 Klienten (48,8 % der gesamten Probandengruppe beziehungsweise 67,7 % der verschuldeten Befragten). 16 Patienten (18,6 % oder 25,8 % der Verschuldeten) hatten bei Privatpersonen, das heißt bei Verwandten oder Freunden/Bekannten Schulden. Ansonsten wurden noch diverse öffentliche Institutionen wie zum Beispiel Arbeitsamt oder Bafög-Amt als Gläubiger genannt. 21 Klienten (24,4 %, 33,8 % aller Patienten mit Schulden) hatten bei mehreren Gläubigern Außenstände.

Bemerkung: In den vorigen zwei Fragen antworteten nur die Patienten mit Schulden, nämlich 62 von 86 Patienten.

Empfinden des Vorliegens von Schulden als Belastung

27 Patienten (31,3 %) gaben an, ihre Schuldensituation belaste sie gar nicht. Etwas belastet fühlten sich 13 (15,1 %), ziemlich belastet neun Patienten (10,4 %). Als sehr belastend empfanden 13 Patienten (15,1 %) ihre Verschuldung.

Einschätzung der Klienten, ob ihre Schuldensituation in Zukunft von ihnen als Belastung empfunden wird

Dass sie ihre Schulden in Zukunft kaum belasten werden, gaben 33 Klienten (38,3 %) an. Die Antwort „möglicherweise“ wählten drei (3,4 %), „wahrscheinlich“ war für fünf Patienten (5,8 %) richtig. 21 Klienten (24,4 %) waren sich ziemlich sicher, dass ihre Schuldensituation in Zukunft belastend sein würde.

3.3.4 Juristische Situation

3.3.4.1 Anzahl der Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelschutzgesetz

Von den 73 Patienten, die wegen BtMG-Verstößen verurteilt worden sind, lagen 61 Patienten (70,9 %) bei einer bis fünf Verurteilungen, 12 Klienten wurden ihren Aussagen zufolge sechs bis 20 Mal deswegen verurteilt.

3.3.4.2 Anzahl der Verurteilungen aufgrund von Verstößen gegen andere Gesetze als das Betäubungsmittelschutzgesetz

Auch hier lag das Maximum der Verurteilungen bei 20 Mal, die Gesamtzahl derer, welche verurteilt wurden, belief sich auf 57 Patienten (66,2 %).

Eine bis fünf Verurteilungen konnten 40 Patienten (46,5 %) vorweisen, sechs bis 20 Mal gerieten die restlichen 17 Klienten (19,7 %) mit dem Gesetz in Konflikt.

3.3.4.3 Anzahl der Monate, welche die Klienten in Haft verbracht haben

62,7 % aller Befragten (54 Patienten) hatten einen oder mehrere Haftaufenthalte hinter sich. Als längste Gesamthaftdauer wurden 156 Monate angegeben.

Zwischen einem und 12 Monaten waren 20 Klienten (23,2 %) in Haft, zwischen 13 und 24 Monaten neun (10,4 %), zwischen 25 und 48 Monaten sechs (6,9 %), mehr als 48 Monate inhaftiert waren 19 Klienten (22 %), wobei die Streuung bis 96 Monate recht gleichmäßig bei einem bis vier Klienten lag. Drei „Ausrutscher“ nach oben mit erheb-

lich langen Haftstrafen lagen bei 108 Monaten (ein Patient), bei 120 Monaten (vier Patienten) und bei 156 Monaten (zwei Patienten).

3.3.4.4 Alter, in dem die Klienten zum ersten Mal vor Gericht standen

Am jüngsten bei der ersten Anklage vor Gericht war ein Patient mit 11 Jahren, am ältesten einer mit 35 Jahren. Insgesamt waren es 80 Patienten (93 %), die in ihrem Leben ein oder mehrere Male vor Gericht standen.

Am häufigsten wurde mit zehn Patienten (11,6 %) das 15. Lebensjahr genannt. Unter 18 Jahre alt und damit noch minderjährig waren 28 Patienten (32,5 %), 18 Jahre und älter waren 52 Patienten (60,4 %). Häufungen fanden sich vom jugendlichen Alter bis Anfang zwanzig.

3.3.4.5 Offene Haft oder Bewährungsstrafe

Haft

Von den 86 befragten Patienten gaben 12 Patienten (13,9 %) an, sie hätten noch Haft offen, 73 Klienten (84,8 %) verneinten dies und einer konnte diese Frage nicht beantworten.

Bewährungsstrafe

Mit einer zur Bewährung ausgesetzten Strafe waren 38 Klienten (44,1 %) belegt, davon hatten vier eine Therapieauflage. 46 Patienten (53,5 %) hatten keine offene Bewährung, zwei waren sich dahingehend nicht sicher.

Bemerkung: In den folgenden zwei Fragen antworteten nur die Patienten mit juristischen Problemen, nämlich 52 von 86 Patienten.

3.3.4.6 Empfinden der juristischen Situation beziehungsweise der juristischen Probleme als Belastung aktuell und in Zukunft

Aktuell

Von ihrer juristischen Situation zum Zeitpunkt der Erhebung fühlten sich 23 Klienten (26,7 %) gar nicht, vier (4,6 %) etwas, 16 (18,6 %) ziemlich und neun Klienten (10,4 %) sehr belastet.

In Zukunft

Zehn Patienten (11,6 %) gingen davon ziemlich sicher aus, dass sie ihre juristischen Probleme in Zukunft belasten werden, sieben (8,1 %) meinten, dass dies wahrscheinlich so sein wird, fünf Klienten (5,8 %) betrachteten dies als möglich. 30 Patienten (34,8 %) glaubten, dass dies kaum passieren würde.

3.3.5 Personen und Personengruppen, zu denen die Klienten Kontakt haben

Tabelle 5: Anzahl der Patienten, die in verschiedener Frequenz Kontakt zu bestimmten Personengruppen hatten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Eltern	13 (15,1 %)	18 (20,9 %)	15 (17,3 %)	15 (17,3 %)	25 (29,1 %)
Drogenfreie Freunde/ Bekannte	32 (37,2 %)	21 (24,4 %)	12 (14,0 %)	11 (12,8 %)	10 (11,6 %)
Substituierte/ Mitpatienten	34 (39,5 %)	16 (18,6 %)	9 (10,4 %)	4 (4,6 %)	23 (26,7 %)
Konsument n harter Drogen	16 (18,6 %)	9 (10,4 %)	15 (17,4 %)	13 (15,1 %)	33 (38,3 %)
Drogenszene	14 (16,3 %)	6 (7,0 %)	11 (12,8 %)	9 (10,4 %)	46 (53,5 %)

3.3.6 Freizeitgestaltung

Tabelle 6: Anzahl der Patienten, die sich ihre Freizeit mit bestimmten Beschäftigungen vertrieben und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Sport	18 (20,9 %)	11 (12,7 %)	5 (5,8 %)	3 (3,4 %)	49 (57,0 %)
Hobbies	30 (34,8 %)	21 (24,4 %)	8 (9,3 %)	4 (4,6 %)	23 (26,7 %)

Die Antwortmöglichkeit „Anderes“ wählten sechs Klienten (6,9 %). Sie gaben Tätigkeiten an, die zwar als Freizeitbeschäftigung angesehen werden können, aber weder Sport noch Hobby sind wie zum Beispiel Schlafen oder Beschäftigung mit der Familie.

3.4 Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld im Rückblick

Bemerkung: Als Bemessenszeitraum wurde die Zeit drei Monate vor Beginn der Substitutionsbehandlung gewählt, außer in 3.4.2.2.

3.4.1 Wohnsituation

Wohnort

Im Landkreis Tübingen wohnten 60 Klienten (72 %), davon 33 im Stadtgebiet von Tübingen. 25 Patienten (29 %) wohnten bunt verteilt im süddeutschen Raum im Umkreis von circa 300 Kilometern. Ein Patient wohnte im Ausland und zwar in Mulhouse/Frankreich.

3.4.2 Beruf und Arbeit

3.4.2.1 Arbeitslosigkeit

Arbeitslos waren insgesamt 50 Patienten (58,1 %), wovon 42 auch arbeitslos gemeldet waren. Die restlichen 36 Patienten (41,9 %) waren nicht arbeitslos.

3.4.2.2 Zeit in einem festen Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis während der letzten fünf Jahre

Neun Klienten (10,5 %) waren die ganze Zeit in einem festen Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis, mehr als drei Jahre 15 (17,4 %), circa zwei bis drei Jahre 33 (38,4 %), weniger als ein Jahr 15 (17,4 %) und überhaupt nicht 14 Klienten (16,3 %).

3.4.3 Finanzielle Situation

3.4.3.1 Einnahmequellen

Tabelle 7: Anzahl der Patienten, die sich durch bestimmte Möglichkeiten finanzierten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Geregelte Arbeit	Gelegenheits-jobs	Schwarzarbeit	Arbeitslosen-unterstützung	Ausbildungsvergütung/ Umschulungsgeld	
33	21	14	28	5	
38,4 %	24,4 %	16,3 %	32,6 %	5,8 %	
Sozialhilfe	Wohngeld	Rente/ Krankengeld	Geld von Eltern	Geld vom Partner	
30	13	4	23	13	
34,9 %	15,1 %	4,7 %	26,7 %	15,1 %	
Prostitution/ Zuhälterei	Drogenhandel	Hehlerei	Diebstahl	Einbruch	Anderes
6	56	19	43	33	7
7,0 %	65,1 %	22,1 %	50,0 %	38,4 %	8,1 %

Betragsmäßig bedeutendste Einnahmequelle

Hier gaben 34 Patienten (39,5 %) Dealen beziehungsweise das Vermitteln von Deals, 17 (19,8 %) Einkommen aus geregelter Arbeit, acht (9,3 %) Diebstahl und jeweils fünf Patienten (5,9 %) Sozialhilfe beziehungsweise Einbrüche an.

Einkommenshöhe aus allen Einkommensquellen

Tabelle 8: Anzahl der Patienten in verschiedenen Einkommensklassen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

Weniger als 1000 DM	5	5,8 %
1000 DM	9	10,4 %
Zwischen 1000 und 1500 DM	2	2,3 %
1500 DM	6	7,4 %
Zwischen 1500 und 2500 DM	7	8,1 %
2500 DM	6	6,9 %
3000 DM	11	13,6 %
Zwischen 3000 und 5000 DM	6	7,4 %
5000 DM	3	3,7 %
Zwischen 5000 und 10000 DM	5	5,8 %
10000 DM	9	10,4 %
Zwischen 10000 und 20000 DM	4	4,6 %
20000 DM	4	4,6 %
Mehr als 20000 DM	4	4,6 %

Drei Monate vor Beginn der Substitutionsbehandlung verfügten die 86 Klienten über Beträge zwischen 500 und 50000 DM pro Monat, wobei der Durchschnitt bei circa 6500 DM lag. Vier Klienten (4,9 %) hatten ungefähr diesen dem Durchschnitt entsprechenden Betrag jeden Monat zur Verfügung (6000 DM), 55 Klienten (67,9 %) lagen darunter.

3.4.3.2 Anteil des monatlichen Gesamteinkommens, das die Klienten für Drogen ausgegeben haben

Bis zur Hälfte ihres monatlichen Gesamteinkommens gaben 10 Patienten (11,7 %) für Drogen aus, bei sechs (6,9 %) waren es 60 bis 75 %. 80 bis 100 % des Einkommens wurden von 61 Klienten (70,9 %) investiert.

3.4.4 Juristische Situation

3.4.4.1 Juristische Sanktionen bei Beginn der Substitutionsbehandlung

Hier kann unterteilt werden nach der juristischen Grundlage aufgrund der die Klienten mit Sanktionen belegt sind.

15 Klienten (17,4 %) waren mit Sanktionen nach BtMG belegt und zwar nach den Paragraphen 31, 35, und 37. Mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten waren 48 Patien-

ten (55,8 %), davon waren 12 in ein offenes Strafverfahren verwickelt, einfache Bewährung offen hatten 29 Patienten und sieben hatten eine Weisung oder Therapieauflage. Zivilrechtliche juristische Probleme hatten sechs Patienten (69,7 %). Völlig unbelastet von juristischen Sanktionen waren 44 Klienten (51,1 %).

Ermöglichung der Substitutionsbehandlung durch Paragraphen des Betäubungsmittelschutzgesetzes

Hier kommen die bereits in 3.4.4.1 erwähnten Paragraphen in Frage, die da wären: §31 (Kronzeugenregelung), §35 (Therapie statt Strafe) und §37 (Verfahren vorläufig eingestellt). Von den insgesamt 15 Patienten (17,4 %), die angaben, dass dies bei Ihnen zutrifft; ermöglichte bei zehn §35 die Behandlung, bei zwei §37, drei kannten den Paragraphen nicht, während §31 gar nicht genannt wurde.

3.5 Veränderungen, die sich nach Aussage der Klienten in bestimmten Lebensbereichen ergeben haben

Bemerkung: Die Klienten sollten den Zeitraum drei Monate vor Beginn der Substitutionsbehandlung mit dem Status quo zum Erhebungszeitpunkt vergleichen.

3.5.1 Wohnsituation

39 Patienten (45,3 %) gaben an, dass sich ihre Wohnsituation verbessert habe, fünf Patienten (5,8 %), dass sie schlechter geworden sei. Keine Veränderung hatte sich nach Angaben von 42 Patienten (48,8 %) ergeben.

3.5.2 Beruf und Arbeit

Eine Verbesserung der beruflichen Situation bemerkten 28 Patienten (32,6 %), eine Verschlechterung 12 Patienten (14 %). In einer unveränderten Situation sahen sich 46 Patienten (53,5 %).

3.5.3 Finanzielle Situation

Ihre finanzielle Lage empfanden 59 Patienten (68,6 %) als besser, 20 Patienten (23,3 %) als schlechter und sieben (8,1 %) als unverändert.

3.5.4 Verhältnis zum Partner/zur Partnerin

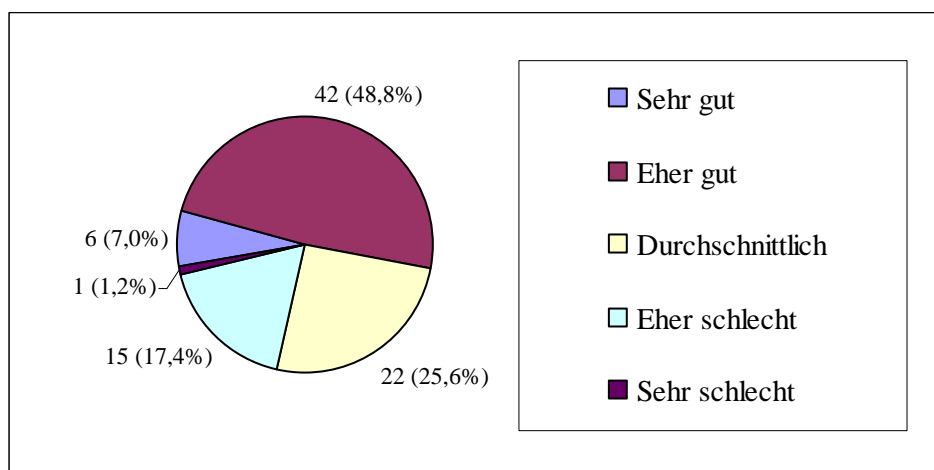
Von den 86 Befragten hatten 49 (57 %) einen festen Partner, wovon 15 angaben, dass sich das Verhältnis verbessert habe, vier Patienten, dass es schlechter geworden sei. Die restlichen 30 Patienten mit festem Partner waren der Ansicht, es sei gleich geblieben.

3.6 Gesundheit und Befinden zum Erhebungszeitpunkt

3.6.1 Somatischer Gesundheitszustand

3.6.1.1 Selbsteinschätzung des somatischen Gesamtzustandes

Abbildung 3: Anzahl der Patienten, die ihren Gesundheitszustand bestimmten Kategorien zuordneten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



3.6.1.2 Gesundheitliche Beschwerden

Tabelle 9: Anzahl der Patienten, die unter bestimmten gesundheitlichen Beschwerden litten sowie deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Abszesse	Chronische Hepatitis	Akute Hepatitis	Infektionen	Zahnprobleme
----------	----------------------	-----------------	-------------	--------------

	2 2,3 %	41 47,7 %	5 5,8 %	5 5,8 %	42 48,8 %
Magen-Darm- Beschwerden		Andere chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)	Andere vorübergehende Erkrankungen (z.B. Knochenbrüche)	Körperliche Behinderung	Anderes
	37 43 %	16 18,6 %	11 12,8 %	1 1,2 %	6 6,9 %

3.6.1.3 HIV-Problematik und Prävention

HIV-Status, möglicher Infektionsweg und Vorliegen von AIDS-Symptomen

71 Patienten (82,6 %) gaben an, HIV-negativ zu sein, drei (3,4 %) hatten ihrer Aussage nach bisher keinen HIV-Test gemacht und ein Patient wollte sich nicht testen lassen. HIV-positiv waren 11 Patienten (12,8 %).

Von den 11 HIV-positiven Patienten nahmen fünf an, sie hätten sich beim Teilen von Injektionsbesteck infiziert, zwei hielten Geschlechtsverkehr für den Infektionsweg und vier waren sich darüber nicht im Klaren.

Drei der 11 HIV-Positiven gaben an, sie hätten AIDS-Symptome, sieben meinten, sie hätten diese nicht. Ein Patient war sich da nicht sicher.

Umgang mit Kondomen

51 Klienten (59,3 %) benutzten so gut wie nie Kondome, drei (3,4 %) benutzten sie ab und zu, 19 (22 %) immer. Die Antwortmöglichkeit „Anderes“ wurde von 13 Patienten (15,1 %) angekreuzt. Sie gaben Folgendes an: kein Sexualpartner vorhanden (11 Patienten), absolut keine Benutzung von Kondomen (ein Patient), zur Zeit kein Geschlechtsverkehr (ein Patient).

Beschaffung der Spritzen bei intravenösem Drogenbegebrauch

Hier kamen nur die 43 Klienten (50 %) in Frage, welche Heroin- oder Kokainbeikonsum hatten (siehe 3.9.7.).

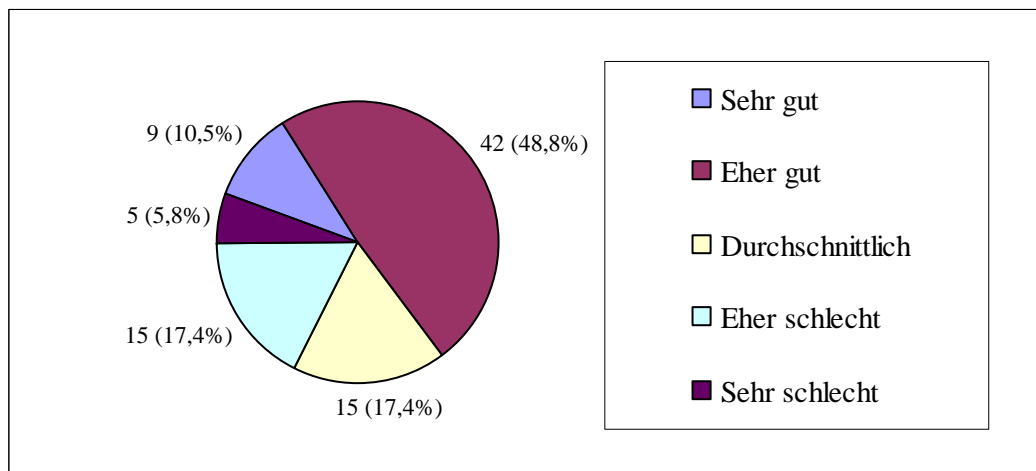
Von diesen 43 Klienten kauften 33 ihre Spritzen in der Apotheke, acht tauschten sie in einer Drogenberatungsstelle ein und einer erhielt sie von Freunden aus der Szene. Sie-

ben Klienten hatten zwar Heroin- oder Kokainbeikonsum, injizierten sich die Droge aber nicht.

3.6.2 Psychischer Gesundheitszustand

3.6.2.1 Selbsteinschätzung des psychischen Gesamtzustandes

Abbildung 4: Anzahl der Patienten, die ihren psychischen Gesundheitszustand bestimmten Kategorien zuordneten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

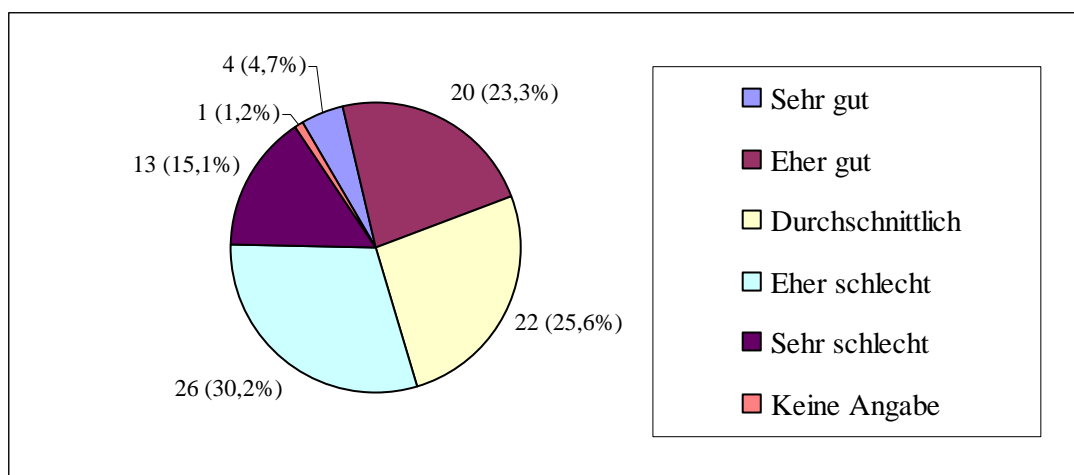


3.7 Gesundheit und Befinden im Rückblick

3.7.1 Somatischer Gesundheitszustand im Zeitraum von drei Monaten vor Substitutionsbeginn

3.7.1.1 Selbsteinschätzung des somatischen Gesamtzustandes

Abbildung 5: Anzahl der Patienten, die ihren somatischen Gesundheitszustand bestimmten Kategorien zuordneten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



3.7.1.2 Gesundheitliche Beschwerden

Tabelle 10: Anzahl der Patienten, die von bestimmten gesundheitlichen Beschwerden betroffen waren und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Abszesse	Hepatitis/ Leberleiden	Infektionen	Vernarbte Venen	Zahnprobleme	Schwitzen
56	63	13	40	52	43
65,1 %	73,3 %	15,1 %	46,4 %	60,5 %	50,0 %
Schlafstörungen	Atemnot	Häufige Übelkeit	Obstipation	Miktions- beschwerden	Menstruations- störungen
50	13	26	47	22	12 von 28 Frauen
58,1 %	15,1 %	30,2 %	54,7 %	25,6 %	42,8 % der Frauen
Gliederschmerzen	Potenzstörungen/sexuelle Erregbarkeit vermindert	Häufige Müdigkeit	Anderes	Keine Beschwerden	
44	28	31	6	4	
51,2 %	32,6 %	36,0 %	6,9 %	4,7 %	

3.7.1.3 HIV-Problematik und Prävention

Umgang mit Kondomen

57 Klienten (66,3 %) benutzten so gut wie nie Kondome, einer mit seinem Partner, sieben (8,1 %) mit (Zufalls-)Bekanntem und 20 (23,3 %) immer. Ein Patient fühlte sich hier nicht betroffen, da er keinen Geschlechtsverkehr gehabt habe.

Beschaffung der Spritzen bei intravenösem Drogengebrauch

79 Klienten (91,8 %) kauften ihre Spritzen in der Apotheke, drei (3,4 %) tauschten sie in einer Drogenberatungsstelle ein und zwei erhielten sie von Freunden aus der Szene. Sechs Klienten hatten Heroin oder Kokain nie injiziert.

3.7.2 Psychischer Gesundheitszustand

3.7.2.1 Psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit unabhängig von Entzügen und zugrunde liegende Erkrankungen

Noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein gaben 70 Patienten (81,4 %) an, ein Mal 14 (16,3 %) und mehrere Male waren ihren Angaben zufolge zwei Patienten (2,3 %) in psychiatrischer Behandlung.

Als Grund für die psychiatrische Behandlung nannten sechs Patienten Depressionen, je zwei Patienten Schizophrenie, je einer LSD-Intoxikation, Gewalttätigkeit, medikamenteninduzierte Psychose, Vergewaltigung, Phobie und einer kannte seine psychiatrische Diagnose nicht.

3.7.2.2 Psychische Störungen in den letzten 12 Monaten

Tabelle 11: Anzahl der Patienten, die in verschiedener Häufigkeit unter bestimmten psychischen Störungen litten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=85, da ein Patient diese Frage nicht beantworten wollte).

	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Depressionen	9 (10,4 %)	17 (19,7 %)	18 (20,9 %)	14 (16,2 %)	27 (31,3 %)
Massive Angstzustände	3 (3,4 %)	11 (12,7 %)	10 (11,6 %)	10 (11,6 %)	51 (59,3 %)
Wahnvorstellungen/ Halluzinationen	0	0	2 (2,3 %)	3 (3,4 %)	80 (93,0 %)

Bei der Antwortkategorie „Anderes“ gaben zwei Patienten (2,4 %) Alpträume an.

Situationen, in denen Depressionen auftraten

Von den 58 Patienten, welche in den letzten 12 Monaten unter Depressionen litten, wurde angegeben, dass die Traurigkeit morgens schlimmer sei als abends (13 Patienten), dass plötzliche Stimmungswechsel von der Depression zur Euphorie vorkamen (13 Patienten), dass Depressionen durch traurige Erlebnisse oder Ereignisse verursacht wurden (35 Patienten), dass vermehrter Drogenkonsum Auslöser für Depressionen war (11

Patienten), dass sie ständig unter Depressionen litten (sechs Patienten), dass Depressionen ohne besonderen Grund auftraten (17 Patienten) und andere Situationen wie Einsamkeit, Nebenwirkungen, Selbstunzufriedenheit, Zukunftssorgen, Wetterfühligkeit, Nebenwirkungen von Medikamenten (11 Patienten).

3.7.2.3 Suizidalität

3.7.2.3.1 Suizidgedanken und Suizidversuche

Noch nie Suizidgedanken gehabt zu haben gaben 24 Klienten (27,9 %) an. Fünf Klienten (5,8 %) hatten sich mit dem Thema „Suizid“ beschäftigt. 25 Klienten (29 %) hatten Suizidgedanken ohne konkrete Planung, geplant hatten vier (4,6 %) einen Suizidversuch. Einen Suizidversuch hatten 12 Klienten (13,9 %) hinter sich, während 16 Klienten (18,6 %) bereits mehrere Versuche unternommen hatten.

3.7.2.3.2 Überdosierung von Heroin

63 Patienten (79,5 %) hatten sich mindestens ein Mal mit einer Überdosis Heroin intoxiziert, wovon dies bei 57 Patienten ein Versehen war und bei sechs Patienten Absicht. 23 Patienten (26,7 %) hatten nie eine Überdosis Heroin zu sich geführt.

3.8 Drogenanamnese

3.8.1 Alter bei Erstkonsum, Konsummuster und Applikationsform gängiger Drogen

3.8.1.1 Alkohol

Die Angaben der Klienten für das Alter des Erstkonsums von Alkohol lagen zwischen sieben und 26 Jahren, wobei eine Häufung in der Pubertät, also mit etwa 14 oder 15 Jahren zu verzeichnen war.

Vermeehrt Alkohol getrunken zu haben gaben 50 Klienten an, 22 verneinten dies. 14 Klienten machten dazu keine Angabe.

Ein kontinuierliches Konsummuster gaben 32 Klienten an, ein phasisches hatten 17 Patienten.

Der Beginn des kontinuierlichen Alkoholkonsums der oben angeführten 32 Klienten lag zwischen 11 und 32 Jahren. Der größte Teil begann mit 16 oder 17 Jahren.

Die Dauer des kontinuierlichen Alkoholkonsums umfasste zwei Monate bis 33 Jahre. Nennenswerte Häufungen fanden sich nicht.

Als Applikationsform wurde ausschließlich das Trinken angegeben.

3.8.1.2 Cannabis

Von den 86 Befragten hatten 84 Erfahrung mit Cannabis. Deren Alter bei Erstkonsum lag zwischen dem siebten und dem 24. Lebensjahr. Eine Häufung fand sich auch hier im Pubertätsalter zwischen 13 und 16 Jahren.

Vermeehrt Cannabis gebraucht hatten 73 Klienten, elf Klienten hatten dies nicht.

61 Klienten berichteten von kontinuierlichem Cannabiskonsum, elf konsumierten phasenweise.

Von den 61 Klienten mit kontinuierlichem Konsum begann der größte Teil zwischen dem 13. und dem 18. Lebensjahr, was sich in etwa mit dem Alter des Erstkonsums deckt. Die Angaben lagen zwischen dem elften und dem 24. Lebensjahr.

Der Zeitraum, über welchen sich der kontinuierliche Konsum erstreckt hatte, schwankte zwischen drei und 396 Monaten (knapp 33 Jahre).

Das Cannabis wurde ausschließlich geraucht.

3.8.1.3 Benzodiazepine

Das Alter des ersten Benzodiazepinkonsums wurde von einem Patienten mit acht Jahren angegeben, von einem Patienten mit 46 Jahren. In der Zeitspanne dazwischen ließ sich eine Häufung in der späten Pubertät mit sechs Patienten im Alter von 15 Jahren und in der frühen Adoleszenz mit ebenfalls sechs Patienten im Alter von 18 Jahren feststellen.

Von den 86 Befragten gaben 64 an, mit Benzodiazepinen in Berührung gekommen zu sein, 22 verneinten dies.

Von besagten 64 Patienten hatten ihren Angaben zufolge 45 vermehrten Gebrauch, 19 nicht.

Jeweils 23 Klienten konsumierten Benzodiazepine phasisch beziehungsweise kontinuierlich.

21 der 23 Klienten mit kontinuierlichem Konsum gaben das Alter an, in dem dieser begonnen hatte. Ohne nennenswerte Häufung lag es zwischen dem 13. und 38. Lebensjahr. Er dauerte zwischen zwei und 168 Monaten (14 Jahre).

Es wurde ausschließlich von einer oralen Einnahme berichtet.

3.8.1.4 Barbiturate

33 der 86 befragten Patienten hatten ihren Aussagen zufolge Erfahrungen mit Barbituraten gemacht, wobei der Jüngste bei Erstkonsum acht und der Älteste 32 Jahre alt war. Einen Altersgipfel gab es nicht.

27 Patienten gaben vermehrten Gebrauch an, während sechs Patienten dies negierten.

Barbiturate kontinuierlich genommen zu haben, gaben 27 Patienten an, zwölf berichteten von phasischem Gebrauch.

Befragt zum Alter des Beginns des kontinuierlichen Konsums wurden Angaben zwischen 16 und 31 Jahren gemacht ohne Häufung bei bestimmten Lebensjahren.

Die Dauer des kontinuierlichen Konsums lag zwischen sechs und 180 Monaten.

Außer oraler Applikation gab es dahingehend keine Angaben.

3.8.1.5 Amphetamine

38 Befragte hatten zumindest ein Mal Amphetamine eingenommen, die restlichen 48 Patienten negierten Erfahrungen mit diesen Substanzen.

Bei Erstkonsum waren die Patienten zwischen 13 und 38 Jahren alt, wobei der Schwerpunkt zwischen dem 16. und dem 19. Lebensjahr lag.

Knapp die Hälfte, nämlich 18 der oben erwähnten 38 Patienten, gab an, vermehrten Konsum betrieben zu haben.

Von diesen 18 Klienten wiederum berichteten sechs von kontinuierlichem Gebrauch, zwölf Patienten nahmen Amphetamine phasisch ein.

Der Beginn des kontinuierlichen Konsums lag zwischen dem 14. und dem 29. Lebensjahr bei gleichmäßiger Streuung zwischen diesen beiden Altersangaben.

Der kontinuierliche Konsum erstreckte sich nach Angaben der Befragten über acht bis 60 Monate.

Die Substanzen wurden ohne Ausnahme oral appliziert.

3.8.1.6 Kokain

76 Patienten, entsprechend über 88 % der Befragten, hatten Erfahrungen mit Kokain gemacht. Sie waren zwischen elf und 38 Jahre alt, als sie diese Droge zum ersten Mal nahmen. Der größte Teil davon war um die 20 Jahre alt.

Vermehrter Konsum wurde von 44 Patienten betrieben.

Die 44 Patienten teilten sich auf in 27, die ihren Gebrauch als phasisch und 17, die ihn als kontinuierlich betrachteten.

Den Beginn des kontinuierlichen Gebrauchs betreffend wurden 14 bis 38 Jahre angegeben.

Der kontinuierliche Konsum dauerte sechs bis 192 Monate (16 Jahre), wobei der größte Teil zwei und mehr Jahre Kokain konsumiert hatte.

Das Kokain wurde nach Angaben der Patienten in drei Formen appliziert: nasal, geraucht und intravenös. Beim ersten Gebrauch wurde die Droge von 51 Patienten geschnupft, von zweien geraucht und von 23 Klienten gespritzt, während zuletzt noch 27

Klienten die nasale, zwei das Rauchen und 47 Klienten die intravenöse Applikation bevorzugten.

3.8.1.7 Codein

Bemerkung: Hier war nicht die Einnahme von Codein als Substitutionsmittel gemeint, sondern die unkontrollierte Einnahme als Droge.

46 Patienten gaben an, Codein konsumiert zu haben, 40 Patienten verneinten dies.

Das Alter bei Erstkonsum wurde zwischen 13 und 36 Jahren angegeben, wobei die Mehrheit zwischen 20 und 25 Jahre alt war.

Von diesen 46 Patienten berichteten 37 von vermehrtem Konsum.

13 Patienten gaben an, kontinuierlich Codein konsumiert zu haben, 24 Patienten bezeichneten ihren Konsum als phasisch.

Zwischen 15 und 31 Jahre alt waren die Patienten zu Beginn des kontinuierlichen Konsums.

Die Dauer des kontinuierlichen Konsums lag zwischen acht und 168 Monaten (14 Jahre), wobei der größte Teil über mehrere Jahre kontinuierlich Codein konsumierte.

Codein wurde ausschließlich oral eingesetzt.

3.8.1.8 Heroin

Alle 86 Befragten wurden aufgrund von Heroinabhängigkeit substituiert.

Das Heroin wurde in einer Altersspanne zwischen 11 und 30 Jahren erstmalig konsumiert. Der größte Teil der Patienten, nämlich 57 (66.2 %), hatte zwischen 15 und 22 Jahren zum ersten Mal Heroin genommen, durchschnittlich war es etwa im Alter von 20 Jahren.

Von allen 86 Patienten wurde vermehrter Konsum angegeben.

Phasischen Gebrauch gaben vier Patienten an, kontinuierlichen Gebrauch 82 Patienten.

Begonnen hatte der kontinuierliche Konsum im Alter zwischen 11 und 38 Jahren, eine Häufung lässt sich vom Ende der zweiten bis zum Anfang der dritten Lebensdekade feststellen.

Der kontinuierliche Heroinkonsum erstreckte sich nach Angaben der Befragten über neun bis 360 Monate. Der größte Teil der Patienten konnte auf eine mehrjährige kontinuierliche Einnahme zurückblicken, im Schnitt waren es ungefähr zehn Jahre.

Bei Erstkonsum war eine breite Verteilung auf die möglichen Applikationsformen zu beobachten: 28 Klienten rauchten das Heroin, 20 bevorzugten die nasale Applikation und 38 injizierten es intravenös. Kurz vor Beginn der Substitutionsbehandlung wurde von 80 Patienten gespritzt, geschnupft wurde von vier und geraucht von zwei Patienten.

3.8.1.9 Nikotin

83 der 86 Patienten sind Raucher.

Zum ersten Mal geraucht hatten sie im Alter zwischen sieben und 22 Jahren, wobei die Mehrheit in der Pubertät zwischen 13 und 16 Jahren damit begonnen hatte.

Alle Raucher gaben an, vermehrten Konsum betrieben zu haben oder zu betreiben.

81 der 83 Raucher gaben kontinuierlichen Gebrauch an, zwei Patienten rauchten phasisch.

Der Beginn des kontinuierlichen Konsums lag zwischen dem siebten und dem 22. Lebensjahr und deckt sich auch von der Verteilung her weitestgehend mit dem Beginn des Rauchens.

Nach den Aussagen der Patienten dauerte der kontinuierliche Nikotinkonsum zwischen 17 und 408 Monaten (34 Jahre), wobei zu beobachten war, dass die meisten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung immer noch rauchten.

Außer der Inhalation wurde keine andere Applikationsform erwähnt.

3.8.1.10 Inhalantien

Sechs der 86 befragten Klienten berichteten, schon einmal Inhalantien (sogenannte „Schnüffelstoffe“ wie Lösungsmittel und ähnliches) konsumiert zu haben.

Sie taten dies erstmalig im Alter zwischen 14 und 22 Jahren.

Zwei Patienten „schnüffelten“ vermehrt, vier negierten dies.

Die zwei Patienten mit vermehrtem Gebrauch gaben an, phasisch konsumiert zu haben, keiner gab kontinuierlichen Konsum an, weshalb Aussagen zum kontinuierlichen Konsum entfallen, ebenso wie zu anderen Applikationsformen außer der Inhalation.

3.8.1.11 Halluzinogene

Halluzinogene wurden von 36 Patienten mindestens ein Mal genommen.

Der erste Gebrauch erfolgte im Alter zwischen 13 und 31 Jahren.

Von diesen 36 Klienten gaben 22 an, einen vermehrten Konsum betrieben zu haben.

Davon wiederum berichteten acht von kontinuierlichem Konsum.

Der Beginn des kontinuierlichen Gebrauchs lag zwischen dem 14. und dem 31. Lebensjahr.

Er dauerte zwischen einem und 72 Monaten.

Als Applikationsform wurde ohne Ausnahme die orale Einnahme angegeben.

3.8.2 Art und Dosis der Drogen, welche die Klienten in den letzten drei Monaten vor Beginn der Substitutionsbehandlung konsumiert hatten

Tabelle 12: Verschiedene Konsummuster und Anzahl der Patienten, welche die einzelnen Drogen nach diesen Mustern konsumiert hatten (n=86).

	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Alkohol	13	12	6	10	45
Cannabis	35	10	2	6	33
Benzodiazepine	10	9	6	5	56
Barbiturate	7	2	7	1	69
Amphetamine	0	0	0	13	73
Kokain	11	16	17	4	38
Codein	12	6	7	3	58
Methadon	0	0	2	3	81
Nikotin	78	0	0	0	8
Inhalantien	0	0	0	0	86
Halluzinogene	0	0	0	6	80
Anderes	0	0	0	0	86

3.8.3 Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Gebrauch von Drogen

Wenn es ihnen gut ging nahmen ihren Angaben zufolge 16 Klienten (18,6 %) am ehesten Drogen, wenn es ihnen schlecht ging 37 Klienten (43,0 %). Wohlbefinden und Drogenkonsum sahen 27 Klienten (31,4 %) ohne Zusammenhang und sechs Patienten (6,9 %) war es unklar, weshalb sie sich nicht näher dazu äußern konnten.

3.8.4 Heroinkonsum

3.8.4.1 Alter beim ersten Heroin- beziehungsweise Opiatkonsum und Alter beim ersten intravenösen Heroinkonsum

Das Alter beim Erstkonsum von Opiaten schwankte zwischen elf und 30 Jahren. Am häufigsten wurde das Alter von 17 Jahren (10 Patienten) angegeben, weitere Häufungen fanden sich bei 16, 18 und 19 Jahren (jeweils neun Patienten) und bei 20 und 21 Jahren (acht beziehungsweise sieben Patienten). Bei den restlichen Angaben zwischen elf und 30 Jahren streuten die Angaben zwischen einem und fünf Patienten.

Das Alter beim ersten intravenösen Heroinkonsum schwankte zwischen dem zwölften und dem 30. Lebensjahr, wobei Häufungen im Alter von 17 Jahren (acht Patienten), 18 Jahren (elf Patienten), 20 Jahren (zehn Patienten) und 21 Jahren (acht Patienten) zu beobachten waren. Bei den restlichen Altersangaben fanden sich einer bis sechs Patienten.

3.8.4.2 Durchschnittliche tägliche Heroindosis kurz vor Beginn der Substitutionsbehandlung

Die Angaben bewegten sich zwischen 0,1 Gramm und fünf Gramm, wobei hier der Reinheitsgrad, der großen Schwankungen unterworfen ist, nicht berücksichtigt werden konnte, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse geschmälert wurde.

Weitaus am häufigsten wurden 0,5 und 1,0 Gramm angegeben (17 beziehungsweise 22 Patienten), der Rest verteilte sich einigermaßen gleichmäßig.

3.8.5 Entgiftungen, Entwöhnungen und andere primär abstinenzorientierte Therapieverfahren

Anzahl der Entgiftungen

85 der 86 Befragten (98,8 %) hatten eine oder mehrere Entgiftungsbehandlungen hinter sich. Die maximale Anzahl lag bei 20 Entgiftungen (sechs Patienten 7,1 %). Ebenfalls

jeweils sechs Patienten (7,1 %) absolvierten eine, zwei und sechs Entgiftungsbehandlungen. Die restlichen 61 Patienten (70,9 %) streuten im Bereich bis 20 Entgiftungen.

75 Patienten (87,2 %) gaben an, stationäre Entgiftungsbehandlungen gemacht zu haben. Die Anzahl lag zwischen einer und 15 Behandlungen, 14 Patienten (18,7 %) nannten eine beziehungsweise vier Entgiftungen, bei 13 Patienten (17,3 %) waren es zwei. Bei den restlichen 34 Patienten (39,5 %) gab es keine nennenswerten Häufungen.

Ambulante Entgiftungsbehandlungen hatten ihren Angaben zufolge 11 Patienten (12,7 %) gemacht, die genannte Anzahl lag zwischen einer und 20 Entgiftungen, wobei zwischen einem und drei Patienten eine bis sieben Entgiftungen machten, einer gab 20 Entgiftungen an.

Ohne ärztliche Aufsicht hatten 64 Patienten (74,4 %) mindestens einmal entgiftet. Bei der Anzahl lagen Häufungen bei zwei und drei Entgiftungen mit jeweils acht Patienten (9,3 %), bei zehn Entgiftungen mit zehn (11,6 %) und bei 20 Entgiftungen mit neun Patienten (10,4 %). Maximal 50 Entgiftungen ohne ärztliche Aufsicht wurden angegeben.

Ambulante Entwöhnungstherapien

Bemerkung: Bei den folgenden drei Fragen ist zu beachten, dass hier nicht unbedingt immer erfolgreich abgeschlossene Therapien gemeint waren, sondern oft auch begonnene und dann wieder abgebrochene. Dieser Tatsache trug die Frage nach abgeschlossenen Therapien Rechnung.

Ambulante Entwöhnungstherapien machten 14 Patienten (16,2 %), maximal fünf pro Patient. Von diesen hatten neun (10,4 %) die Therapien abgeschlossen.

Die Anzahl der in ambulanter Entwöhnungstherapie verbrachten Monate erstreckte sich von zwei bis 30 Monaten. Lediglich 13 Patienten (15,1 %) waren in der Lage, diese Anzahl zu benennen. Es ergab sich ein Schnitt von ungefähr zehn Monaten.

Langzeittherapien

64 Patienten (74,4 %) berichteten, Langzeittherapien gemacht zu haben, wobei 45 Patienten angaben, eine bis sieben Langzeittherapien begonnen, aber nicht abgeschlossen zu haben. 43 Patienten hatten eine bis zwölf Langzeittherapien abgeschlossen.

Befragt nach der Anzahl von Monaten, die sie insgesamt in Therapieeinrichtungen verbracht hatten, wurden einer bis 49 Monate genannt. Die Zahlen streuten recht gleichmäßig, eine Häufung war bei 12 Monaten zu verzeichnen (10 Patienten).

Anzahl der freiwilligen Selbstentzüge

Hier waren Selbstentzüge gemeint, die nicht durch einen Haft- oder Krankenhausaufenthalt zustande gekommen sind.

80,2 % der 86 befragten Klienten gaben an, derartige Selbstentzüge durchgeführt zu haben. Die Spanne lag zwischen einem und 50 Selbstentzügen. Am häufigsten wurden 20 Selbstentzüge angegeben, nämlich von neun Patienten (13,0 %), dann folgten zwei, drei oder fünf Selbstentzüge mit jeweils acht Patienten (11,6 %), sowie zehn Selbstentzüge mit sieben Patienten (10,1 %).

Anzahl der dreimonatigen abstinenten Phasen unabhängig von Therapien

30 Patienten (34,9 %) hatten in der Zeit ihrer Drogenabhängigkeit keine abstinente Phase von mindestens drei Monaten, 20 Patienten (23,3 %) hatten eine und 36 (41,9 %) hatten mehrere derartige Phasen.

Stationäre Entgiftung kurz vor Substitution

Von den 86 befragten Substituierten gaben 13 (15,1 %) an, direkt vor der Substitution entgiftet zu haben, 73 Patienten (84,9 %) gingen nicht entgiftet in die Substitutionstherapie.

Anzahl der Behandlungsmöglichkeiten, über die sich die Klienten vor Beginn der Substitutionsbehandlung informiert hatten

Fünf Patienten (5,9 %) hatten sich ihren Angaben zufolge über mehr als drei Behandlungsmöglichkeiten ihrer Suchterkrankung informiert, neun (10,5 %) über drei, 49 (57,0 %) über zwei und 23 Patienten (26,7 %) über eine Möglichkeit.

3.9 Die Substitutionsbehandlung

3.9.1 Vorfeld der Substitutionsbehandlung und Motivation dazu

3.9.1.1 Kontaktvermittlung zwischen Klient und substituierendem Arzt

Tabelle 13: Anzahl der Patienten, die über verschiedene Personen oder Institutionen in Kontakt mit ihrem substituierenden Arzt traten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Patient selbst	Drogenberatungsstelle	Partner/ Familie/ Freundeskreis	Stationäre Therapieeinrichtung	niedergelassener Arzt
35 40,7 %	16 18,6 %	15 17,4 %	7 8,1 %	5 5,8 %
Stationäre Entzugseinrichtung	Selbsthilfegruppe	Ambulante Nachsorgeeinrichtung	Krankenhaus	Sonstiges
5 5,8 %	2 2,3 %	1 1,2 %	1 1,2 %	12 13,9 %

Die Antwortmöglichkeiten „Schule oder Arbeitgeber“, „JVA beziehungsweise Justiz“, „Gesundheitsamt“, „Psychosoziale Betreuungseinrichtung“, „Rentenversicherungsträger“, „Krankenkasse“, „stationäre Nachsorgeeinrichtung“ und „Unklar“ wählte kein Patient.

3.9.1.2 Gründe für den Beginn der Substitution und Erwartungen

Tabelle 14: Anzahl der Patienten, die verschiedene Gründe für den Beginn der Substitution angaben und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Weniger Beschaffungsstress	70	81,4 %
Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit	59	68,6 %
Verbesserung oder Erhaltung der sozialen Situation	66	76,7 %
Erfolgloser Versuch einer abstinenzorientierten Therapie	40	46,5 %
Ablehnung einer abstinenzorientierten Therapie	16	18,6 %
Substitution ist einziger Ausweg	41	47,7 %
Therapieauflage	8	9,3 %
Drogenabhängiger Partner	21	24,4 %

Die Antwortmöglichkeit „Anderes“ wurde von 14 Patienten (16,2 %) gewählt. Im Klartext nannten sie dann zum Beispiel Gründe wie Hoffnung auf ein geregeltes Leben, Kinder, HIV-Krankheit, Vermeidung des Konfliktes mit der Justiz.

3.9.1.3 Anlass für den Beginn der Substitution

Tabelle 15: Anzahl der Patienten, die bestimmte Anlässe für die Substitution angaben und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Freiwilliger Entschluss	77	89,5 %
Dem Partner zuliebe	4	4,6 %
Umgehung einer Haftstrafe	5	5,8 %
Kein anderer Ausweg wurde gesehen	18	20,9 %
Fortführung einer im Krankenhaus oder in Haft begonnenen Substitution	0	

Bei der Möglichkeit „Anderes“ machten drei Patienten folgende Angaben: Aufgrund einer Schwangerschaft, aufgrund der Verträglichkeit von Polamidon, den Kindern zuliebe.

3.9.2 Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung beim substituierenden Arzt zum Erhebungszeitpunkt

Die Substitutionsdauer bewegte sich zwischen einem und 54 Monaten. Häufungen gab es bei der Angabe von vier Monaten (sieben Klienten (8,1 %)), 12 Monaten (12 Klienten (14,0 %)), 18 Monaten (sechs Klienten (7,0 %)), 24 Monaten (12 Klienten (14,0 %)) sowie bei 36 Monaten (sieben Klienten (8,1 %)).

3.9.3 Substitutionsmittel

3.9.3.1 Erstes und zweites Substitutionsmittel und dessen Dosierung

Von den 86 Befragten wurden 58 (67,4 %) mit Polamidon (entspricht L-Methadon) und 28 (32,6 %) mit Codein substituiert.

Die täglich verabreichte Polamidon-Dosis lag zwischen zehn und 100 Milligramm. Häufungen waren bei 25, bei 40, bei 75 und bei 100 Milligramm mit jeweils sechs Patienten und bei 50 Milligramm mit 12 Patienten zu beobachten.

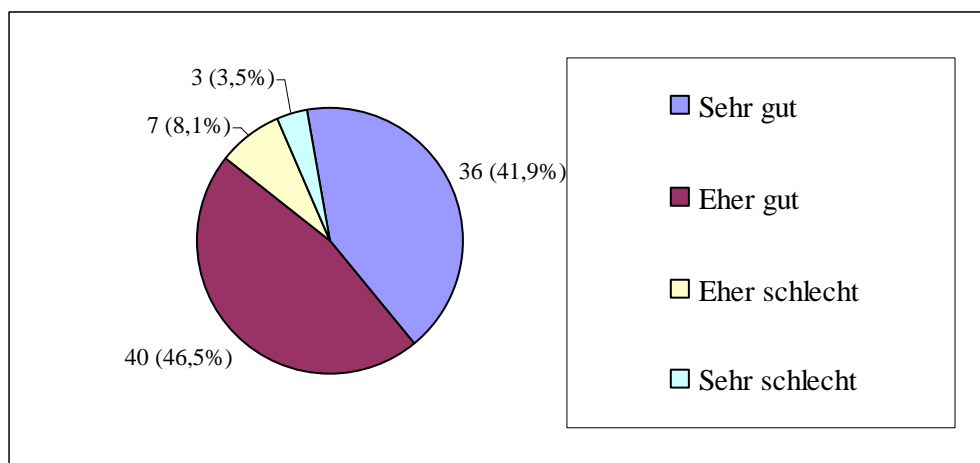
Die Substitutionsdosis von Codein bewegte sich zwischen 230 und 1600 Milligramm pro Tag. Hier gab es eine Häufung bei 300 Milligramm mit sechs Klienten (7,0 %), der Rest streute gleichmäßig.

Zur Frage nach dem zweiten Substitutionsmittel muss bemerkt werden, dass hier zwar Angaben gemacht wurden, jedoch nicht im eigentlichen Sinne der Frage. So gab kein Patient ein zweites Substitutionsmittel an, sondern nur Psychopharmaka, die ärztlich verschrieben waren.

Ein Patient gab an, Doxepin, ein Antidepressivum, in einer täglichen Dosis von 50 Milligramm einzunehmen, drei Patienten bekamen Diazepam, ein Benzodiazepin-Tranquillizer, in Tagesdosen von 20, 30 und 60 Milligramm.

3.9.3.2 Zurechtkommen mit dem jeweiligen Substitutionsmittel

Abbildung 6: Anzahl der Patienten, die verschieden gut mit ihrem Substitutionsmittel zurechtkamen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



3.9.4 Positive Aspekte der Substitutionsbehandlung

3.9.4.1 Tatsächlich vorhandene Vorteile für die Klienten

Tabelle 16: Anzahl der Patienten, die verschiedene Vorteile der Substitution für sich als zutreffend sahen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Stabilisierung oder Verbesserung der Gesundheit	53	61,6 %
Stabilisierung des psychischen Befindens	61	70,9 %
Stabilisierung der Partnerschaft	19	22,0 %
Verbessertes Verhältnis zu den Kindern	9	10,4 %
Verbesserte Beziehung zu den Eltern	33	38,3 %
Verbesserte Wohnsituation	32	37,2 %
Beginn oder Abschluss einer Ausbildung oder Umschulung	26	30,2 %
Geregelte Arbeit	17	19,7 %
Gelegenheitsjob	15	17,4 %
Kontakte zu drogenfreien Freunden	44	51,1 %
Kein Kontakt mehr zur Drogenszene	48	55,8 %
Keine Konflikte mit Polizei und Gerichten	67	77,9 %
Kein Beschaffungsstress	77	89,5 %
Weniger Drogenkonsum	61	70,9 %
Mehr Zeit und Ruhe, um Dinge zu regeln	73	84,9 %
„Normales“ Leben/geregelter Tagesablauf	69	80,2 %
Zeit für Sport und Hobbies	56	65,1 %
Entwicklung von Zukunftsplänen	57	66,2 %
Keine Vorteile durch die Substitution	0	
Anderes	4	4,7 %

Die unter „Anderes“ genannten Vorteile waren im Einzelnen: ein menschlicheres Leben, ehrlicher geworden zu sein, keinen „kalten“ Entzug (Entzug durch abruptes Absetzen des Suchtmittels ohne medikamentöse Unterstützung) aushalten zu müssen und eine bereinigte Schuldensituation.

3.9.5 Negative Aspekte der Substitutionsbehandlung

3.9.5.1 Nachteile der Substitutionsbehandlung für die Klienten

Tabelle 17: Anzahl der Patienten, die verschiedene Nachteile der Substitution für sich als zutreffend sahen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Fehlendes Rauschgefühl durch Heroin	40	46,5 %
Gefühl innerer Leere	31	36,0 %
Leben erscheint „so normal“ ohne Heroin	14	16,2 %
Nicht wissen, was man mit seiner Zeit anfangen soll	16	18,6 %
Verlust früherer Kontakte	10	11,6 %
Gefühl der Einsamkeit	22	22,5 %
Mehr Verpflichtungen als früher	23	26,77 %
Anderes	9	10,5 %

Die unter „Anderes“ angegebenen Nachteile waren zum Beispiel, dass es praktisch nicht möglich sei, in Urlaub zu fahren, dass die Substitution zu teuer sei, dass nach wie vor die Abhängigkeit von einer Substanz bestehe und dass sich ein Gefühl der Gleichgültigkeit eingestellt habe.

3.9.5.2 Nachteile der Substitutionsbehandlung und ihrer Regelungen

Tabelle 18: Anzahl der Patienten, die verschiedene Nachteile der Substitution und ihrer Regelungen für sich als zutreffend sahen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

Nach wie vor das Gefühl, Patient zu sein	23	26,7 %
Weiterhin stoffgebundene Abhängigkeit	34	39,5 %
Mit der Substitution verbundene Pflichten	11	12,8 %
Nebenwirkungen des Substitutionsmittels	10	11,6 %
Keine Nachteile	4	4,6 %
Anderes	3	3,5 %

Die in der Antwortkategorie „Anderes“ genannten Nachteile beinhalteten unter anderem die Tatsache, jeden Tag beim substituierenden Arzt erscheinen zu müssen, um das Substitutionsmittel abzuholen und dass den Patienten zu wenig Vertrauen entgegengebracht würde.

3.9.5.3 Schwierigkeiten bei der Dosierung des Substitutionsmittels

35 Patienten (40,6 %) berichteten, früher Dosierungsprobleme mit dem Substitutionsmittel gehabt zu haben.

Zum Zeitpunkt der Erhebung gaben neun Patienten (10,4 %) Probleme mit der Dosis an.

Hin und wieder hatten 16 Patienten (18,6 %) mit der Substitutionsmittel-Dosis zu kämpfen.

Keine Dosisprobleme hatten 35 Patienten (40,6 %).

3.9.5.4 Vorhandensein von Nebenwirkungen des Substitutionsmittels und die dadurch empfundene Beeinträchtigung

Unter sie deutlich beeinträchtigenden Nebenwirkungen litten 18 Patienten (20,9 %), 48 (55,8 %) gaben Nebenwirkungen, die sie jedoch nicht als Problem sahen, an, während 20 Patienten (23,2 %) berichteten, keine Nebenwirkungen zu verspüren.

3.9.5.5 Konkrete Nebenwirkungen des Substitutionsmittels

Wie aus 3.9.5.4. hervorgeht, litten insgesamt 66 Patienten (76,7 %) unter mehr oder weniger schweren Nebenwirkungen des Substitutionsmittels. Diese Nebenwirkungen wurden detailliert abgefragt.

Tabelle 19: Anzahl, der Patienten, die unter bestimmten Nebenwirkungen des Substitutionsmittels litten (n=66). Mehrfachantwort.

Schwitzen	Schlafstörungen	Atemnot	Innere Unruhe	Müdigkeit	Übelkeit/ Magenbeschwerden
47	28	8	21	30	20
Obstipation	Miktionsprobleme	Menstruationsstörungen	Gliederschmerzen		Potenzstörungen/ verminderte sexuelle Erregbarkeit
47	12	10	11		35

In der Antwortkategorie „Anderes“ wurden von 13 Patienten unter anderem diese Angaben gemacht: Depressionen, Kopfschmerzen, Antriebslosigkeit, Angstzustände, Gewichtszunahme, Sehstörungen, Beeinträchtigung des Geschmackssinnes.

3.9.6 Umgang mit der Substitutionsbehandlung und Zufriedenheit der Klienten damit

3.9.6.1 Häufigkeit und Art der Besuche beim substituierenden Arzt

Von 55 Patienten (63,9 %) wurde angegeben, mehrmals pro Woche Termine beim substituierenden Arzt wahrzunehmen, ein Mal pro Woche war es bei 26 Patienten (30,2 %). Einmal pro Monat wurde der substituierende Arzt von vier Patienten (4,7 %) aufgesucht, von einem (1,2 %) nur bei Bedarf.

Zu gesundheitlichen Untersuchungen begaben sich ihren Angaben zufolge vier Patienten (4,7 %) ein Mal pro Woche, 15 (17,4 %) ein Mal pro Monat und 51 Patienten (59,3 %) bei Bedarf zu ihrem Arzt, während sich 16 Patienten (18,6 %) keinen gesundheitlichen Untersuchungen unterzogen.

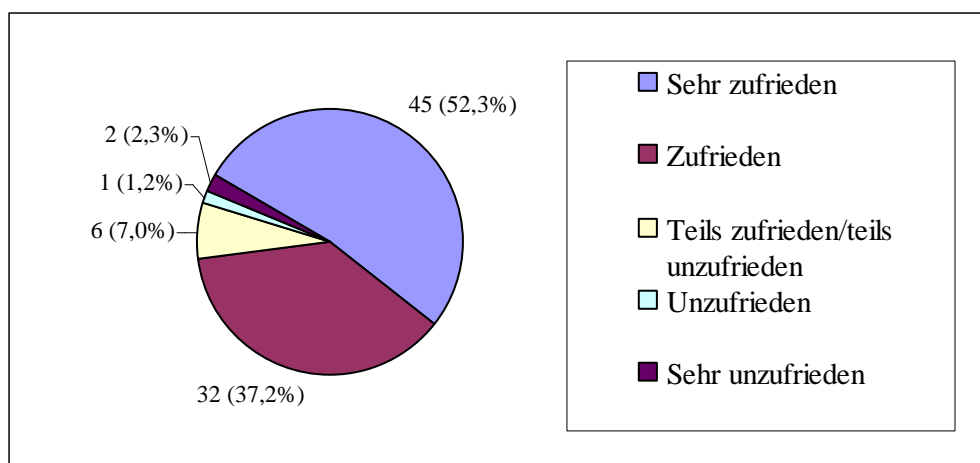
Zum Zwecke längerer Gespräche gaben acht Patienten (9,3 %) an, mehrmals pro Woche zum Arzt zu gehen, 23 Patienten (26,7 %) ein Mal pro Woche. Ein Mal im Monat hatten

13 Patienten (15,1 %) ein längeres Gespräch beim Arzt, 29 Patienten (33,7 %) nur bei Bedarf. Es führten 13 Patienten (15,1 %) keine längeren Gespräche mit ihrem substituierenden Arzt.

Zwei Patienten (2,3 %) suchten ihren Arzt mehrmals pro Woche auf, um Urinkontrollen abzugeben, 12 Patienten (13,9 %) ein Mal pro Woche. Von monatlichen Urinkontrollen berichteten 43 Patienten (50 %), 19 Patienten (22,1 %) gaben an, es werde ihr Urin nur bei Bedarf kontrolliert. Bei zehn Patienten (11,6 %) fanden keine Urinkontrollen statt.

3.9.6.2 Zufriedenheit mit dem substituierenden Arzt

Abbildung 7: Anzahl der Patienten, die ihre Zufriedenheit mit dem substituierenden Arzt verschiedenen Kategorien zuordneten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



3.9.7 Beikonsum von Drogen zusätzlich zum Substitutionsmittel und Einnahme von Medikamenten

3.9.7.1 Drogen und Häufigkeit des Gebrauchs

Von den 86 Probanden gaben 77 (89,5 %) an, zusätzlich zum Substitutionsmittel noch Drogen zu konsumieren, während neun Probanden dies verneinten.

Tabelle 20: Verschiedene Konsummuster und Anzahl der Patienten, welche die einzelnen Drogen nach diesen Mustern konsumierten, sowie deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Alkohol	12 (14,0 %)	22 (25,6 %)	4 (4,7 %)	10 (11,6 %)	38 (44,2 %)
Cannabis	24 (27,9 %)	25 (29,1 %)	7 (8,1 %)	3 (3,4 %)	27 (31,4 %)
Benzodiazepine	7 (8,1 %)	7 (8,1 %)	4 (4,7 %)	5 (5,8 %)	63 (73,3 %)
Barbiturate	1 (1,2 %)	0	3 (3,4 %)	0	82 (95,3 %)
Amphetamine	0	1 (1,2 %)	0	3 (3,4 %)	82 (95,3 %)
Kokain	0	4 (4,7 %)	8 (9,3 %)	16 (18,6 %)	58 (67,4 %)
Heroin	1 (1,2 %)	5 (5,8 %)	9 (10,4 %)	12 (13,9 %)	59 (68,6 %)

In der Antwortkategorie „Anderes“, in der Drogen erfasst werden sollten, die bisher nicht aufgeführt waren, machten insgesamt drei Patienten eine Angabe. Es handelte sich um Halluzinogene und Codeinsaft.

3.9.7.2 Gründe für den Beikonsum

Bei dieser Frage antworteten die 77 Klienten mit Beikonsum.

Tabelle 21: Anzahl der Patienten, die bestimmte Gründe angaben für ihren Beikonsum (n=77). Mehrfachantwort.

Falsche Dosierung des Substitutionsmittels	10
Abmilderung der Nebenwirkungen des Substitutionsmittels	1
Fehlendes Rauschgefühl durch Heroin	36
Aus Lust	46
Gewohnheit, Drogen zu nehmen	22
Zugehörigkeitsgefühl in der Clique	28
Schöne Situationen, Wohlbefinden	20
Probleme, Konflikte	28
Selbstmedikation gegen Depressionen	25
Zum „Abschalten“	39
Anderes	6

Unter „Anderes“ wurde angegeben: Schlafregulation, „Schussgeilheit“ (Lustgewinn durch intravenöse Injektion), um die HIV-Erkrankung besser aushalten zu können.

3.9.7.3 Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten

Tabelle 22: Anzahl der Patienten, die verschiedene Medikamente in bestimmten Häufigkeiten einnahmen und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86). Mehrfachantwort.

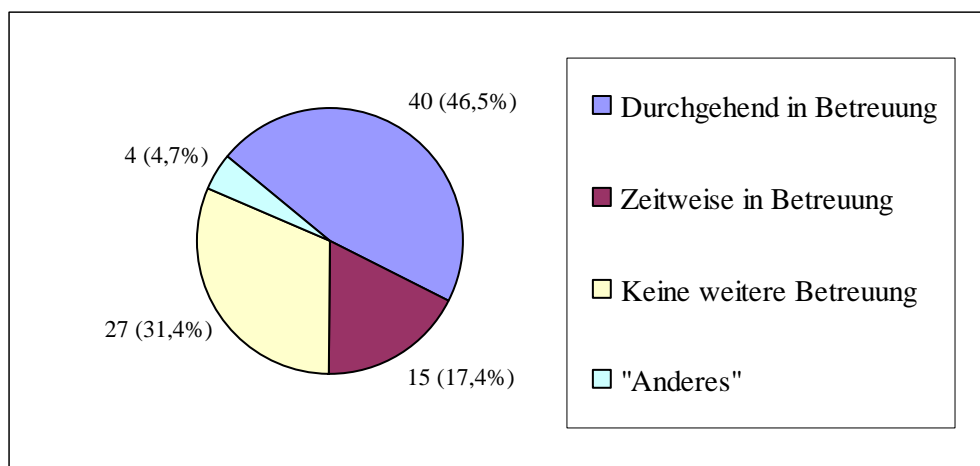
	ständig	oft	manchmal	selten	nie
Schlafmittel/ Tranquillizer	8 (9,3 %)	2 (2,4 %)	1 (1,2 %)	2 (2,4 %)	73 (84,9 %)
Antidepressiva	4 (4,7 %)	0	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	80 (93,0 %)
Anderes	14 (16,2 %)	4 (4,7 %)	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	66 (76,7 %)

Die unter „Anderes“ angeführten Medikamente waren zum Beispiel Medikamente für den Gastrointestinaltrakt, Schmerzmittel, Asthmamedikamente und HIV-Medikation

3.9.8 Psychosoziale Betreuung

3.9.8.1 Inanspruchnahme psychosozialer Betreuung

Abbildung 8: Anzahl der Patienten, die die Häufigkeit ihrer psychosozialen Betreuung angaben und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).



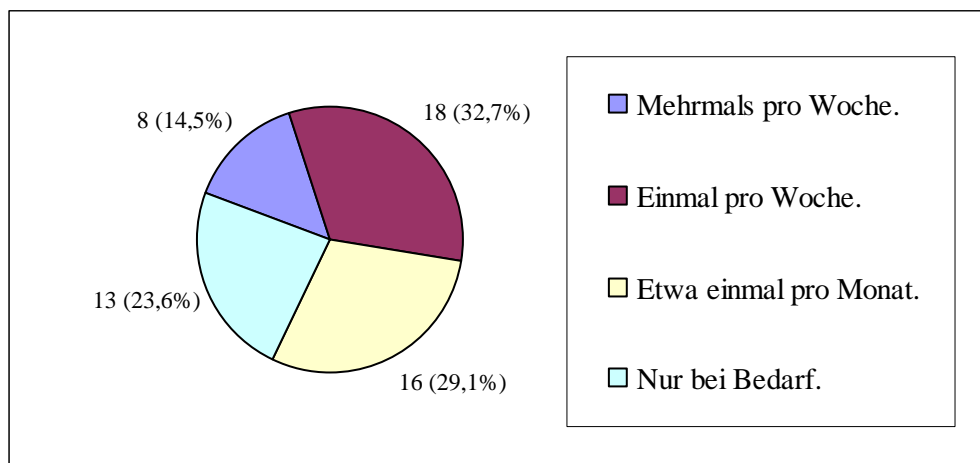
3.9.8.2 Zeitraum, in dem sich die Klienten bereits in psychosozialer Betreuung befinden

Es wurden hier die 40 Patienten aus 3.9.8.1 befragt, die durchgehend in psychosozialer Betreuung waren.

Die Angaben bewegten sich zwischen einem und 96 Monaten. Es fanden sich Häufungen bei einem Monat (drei Patienten), bei zwei Monaten (drei Patienten), bei vier Monaten (fünf Patienten), bei 12 Monaten (vier Patienten), bei 24 Monaten (drei Patienten), bei 36 Monaten (vier Patienten) und bei 60 Monaten (drei Patienten). Die restlichen 15 Patienten waren recht gleichmäßig verteilt.

3.9.8.3 Häufigkeit des Kontaktes zur betreuenden Person

Abbildung 9: Anzahl der Patienten, die die Häufigkeit des Kontaktes zur betreuenden Person angaben und deren prozentualer Anteil an dem Teil der Probanden, die psychosoziale Betreuung durchgehend oder zeitweise in Anspruch nahmen (n=55).



3.9.8.4 Institution, in der die psychosoziale Betreuung stattfindet

Von den 56 Patienten aus 3.9.8.3 gaben 38 Patienten eine Drogenberatungsstelle als betreuende Einrichtung an, sechs Patienten waren in Einzelbetreuung bei einem Psychologen, zwei in einer ambulanten Therapie. Weitere Zehn Patienten suchten zur psychosozialen Betreuung andere Stellen auf wie die AIDS-Hilfe und kirchliche Einrichtungen.

3.9.8.5 Einschätzung der Klienten, ob psychosoziale Betreuung für sie sinnvoll ist

41 Patienten (47,7 %) schätzen psychosoziale Betreuung als für sie sinnvoll ein, 21 Patienten (24,4 %) fanden sie nur von Fall zu Fall sinnvoll. 24 Patienten (27,9 %) waren der Ansicht, von psychosozialer Betreuung nicht zu profitieren und schätzten sie demnach als für sie nicht sinnvoll ein.

3.9.8.6 Bereiche, in denen die Klienten ihrer Ansicht nach zu wenig Hilfe und Unterstützung bekommen

Zu wenige Möglichkeiten zu haben, mit jemandem zu reden, beklagten 24 Patienten (27,9 %). 33 Patienten (38,4 %) empfanden sich bei sozialen Problemen wie Arbeit, Wohnung und dergleichen zu wenig unterstützt. Zu wenig Soforthilfe und Unterstützung in Krisensituationen gaben 24 Patienten (27,9 %) an. 33 Patienten (38,4 %) hatten ihren Angaben zufolge zum Erhebungszeitpunkt genügend Hilfe und Unterstützung, während 27 Patienten (31,3 %) berichteten, keine besonderen Probleme und Schwierigkeiten zu haben. Die Antwortkategorie „Anderes“ wurde von drei Patienten (3,5 %) in Anspruch genommen. Sie nannten ablehnende Haltung der Drogenberatungsstelle, fehlende finanzielle Unterstützung und mangelndes Verständnis ihres Arztes.

3.9.9 Perspektiven

3.9.9.1 Einschätzung der Klienten, wie lange sie voraussichtlich noch in der Substitutionsbehandlung verbleiben werden

Dass sie für immer in Substitutionsbehandlung bleiben werden, nahmen sieben Patienten (8,1 %) an, für mindestens fünf Jahre ebenfalls sieben. Auf eine weitere Substitution von ein bis drei Jahren hatten sich 18 Patienten (20,9 %) eingestellt. 21 Patienten (24,4 %) wollten das Substitutionsmittel im Laufe eines Jahres absetzen. In der Abdosierungsphase mit dem Ziel der Abstinenz befanden sich 12 Patienten (13,9 %), neun Patienten (10,5 %) beabsichtigten, in Kürze aus der Substitution auszusteigen. 12 Patienten (13,9 %) antworteten bei „Anderes“.

3.9.9.2 Initiativen, welche die Klienten seit Beginn der Substitutionsbehandlung ergriffen haben und Vorsätze für die Zukunft

Tabelle 23: Anzahl der Patienten, die bestimmte Initiativen mit oder ohne Erfolg ergriffen hatten oder diese für die Zukunft planten und deren prozentualer Anteil an der gesamten Probandengruppe (n=86).

	Mit Erfolg	Ohne Erfolg	Für Zukunft geplant
Etwas für die Gesundheit tun	57 (66,3 %)	5 (5,8 %)	14 (16,3 %)
Stabilisierung der Partnerschaft	31 (36,0 %)	7 (8,1 %)	9 (10,5 %)
Einen Partner finden	14 (16,3 %)	4 (4,7 %)	12 (13,9 %)
Besserer Kontakt zu den Kindern	12 (13,9 %)	4 (4,7 %)	7 (8,1 %)
Kinder bekommen	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)*	14 (16,3 %)
Besseres Verhältnis zu den Eltern	31 (36,0 %)	2 (2,4 %)	10 (11,6 %)
Andere Wohnung finden	26 (30,2 %)	6 (6,9 %)	21 (24,4 %)
Beginn einer Schulausbildung	5 (5,8 %)	4 (4,7 %)	5 (5,8 %)
Studium beginnen	2 (2,4 %)	1 (1,2 %)	4 (4,7 %)
Beginn einer Berufsausbildung	12 (13,9 %)	6 (6,9 %)	21 (24,4 %)
Neue Arbeit finden	9 (10,5 %)	13 (15,1 %)	40 (46,5 %)
Gelegenheitsjob finden	14 (16,3 %)	2 (2,4 %)	12 (13,9 %)
„Drogenfreie“ Freunde finden	41 (47,7 %)	4 (4,7 %)	24 (27,9 %)
Lösung von der Drogenszene	55 (64,0 %)	5 (5,8 %)	11 (12,8 %)
Geringerer Drogenkonsum	72 (83,7 %)	4 (4,7 %)	5 (5,8 %)
Abstinente Lebensführung	8 (9,3 %)	7 (8,1 %)	53 (61,6 %)
Sport treiben	31 (36,0 %)	4 (4,7 %)	29 (33,7 %)
Freizeit sinnvoller nutzen	40 (46,5 %)	4 (4,7 %)	27 (31,4 %)
Geregeltes Leben führen	57 (66,3 %)	2 (2,4 %)	16 (18,6 %)
Anderes	3 (3,5 %)	1 (1,2 %)	3 (3,5 %)

* Die Patientin war zum Erhebungszeitpunkt schwanger.

Unter „Anderes“ wurden folgende Angaben gemacht: die Befähigung zur Lösung persönlicher Probleme; mit sich selbst zurechtzukommen.

Es zeichnet sich folgende Tendenz aus den Ergebnissen ab: Wenn Initiativen ergriffen wurden, so waren sie zu einem großen Teil, in den meisten Fällen zum größten Teil, auch erfolgreich. Ein großer Teil der Patienten hatte die aufgeführten Ziele noch gar nicht in Angriff genommen, sondern wollte sie in Zukunft angehen.

3.9.10 Punkte zum Kontext Substitution, die den Klienten wichtig sind und vom Interviewleitfaden nicht erfasst wurden

Bei dieser Frage äußerten sich 29 Patienten (33,7 %) und ergänzten damit die vorgegebenen Fragen und Antworten des Interviewleitfadens.

Folgende Aussagen wurden gemacht:

- Substitution ist wichtig und sinnvoll.
- Freie Heroinabgabe wäre besser akzeptiert als Substitution mit anderen Opiaten.
- „Take-Home“-Regelung (Anmerkung: Substituierte müssen nicht jeden Tag in die Arztpraxis kommen, sondern bekommen das Substitutionsmittel für einige Tage mit nach Hause) sollte für alle Substituierten möglich sein.
- Tägliches Erscheinen in der Arztpraxis stellt ein Problem dar bei der Ausübung eines Berufes.
- Weniger Auflagen in der Substitutionsbehandlung wären nötig.
- Die psychosoziale Betreuung sollte differenzierter sein.
- Patienten sollten besser aufgeklärt werden.
- Mehr Aufklärung bezüglich Drogen und AIDS ist notwendig.
- Sucht sollte als Krankheit betrachtet werden, was oft nicht geschieht und zu Stigmatisierung führt.
- Substituierte sollten gleich behandelt werden wie andere Patienten.
- Angst vor lebenslanger Abhängigkeit von einer Substanz.
- Ärzte sind mit der Substitution überfordert.
- Substitutionsbehandlung ist ohne feste Arbeit nutzlos.

3.10 Vergleich der Substitution mit Methadon versus Codein

Dieser Vergleich wurde durchgeführt, indem mit Hilfe statistischer Berechnungen (Chi-Quadrat-Test beziehungsweise Fisher's Exact Test auf der Basis von Häufigkeitstabellen) untersucht wurde, ob sich die Gruppe der Substituierten, die Methadon erhielten, von denen, die Codein als Substitutionsmittel einnahmen, in bestimmten Items signifikant unterschieden. Ein Ergebnis war signifikant, wenn der

sogenannte p-Wert kleiner oder gleich 0,05 war. Dies war bei 24 der 61 untersuchten Items der Fall. Die Signifikanz-Prüfung erfolgte auf dem Niveau der Einzeltests, da der deskriptiv-hypothesengenerierende Charakter im Vordergrund stand. Deshalb wurde auf eine Anpassung des Signifikanzniveaus alpha bei Mehrfachtestung verzichtet.

3.10.1 Signifikante Ergebnisse

Tabelle 24: Variablen, die von signifikant mehr Codein-Substituierten als für sie zutreffend angegeben wurden und die jeweiligen p-Werte

Nebenwirkungen der Substitution: Übelkeit	p=0,022
Alkoholkonsum drei Monate vor Beginn der Substitutionsbehandlung: ständig oder oft	p=0,012

Tabelle 25: Variablen, die von signifikant mehr Methadon-Substituierten als für sie zutreffend angegeben wurden und die jeweiligen p-Werte

Gründe für den Beikonsum: aus Lust	p=0,044
Gründe für den Beikonsum: schöne Situationen	p=0,029
Nebenwirkungen der Substitution: Potenzprobleme	p=0,017
Probleme mit der Dosierung des Substitutionsmittels	p=0,013
Alkoholkonsum drei Monate vor Beginn der Substitutionsbehandlung: manchmal oder selten	p=0,010
Drogenanamnese: vermehrter Amphetamin-Konsum	p=0,014
Gesundheitliche Beschwerden zum Erhebungszeitpunkt: chronische Hepatitis	p=0,014
Gründe für Substitution: einziger Weg	p=0,045
Gründe für Substitution: Therapieauflage	p=0,049
Gründe für Substitution: Partner in Substitution	p=0,040
Anlass für Substitution: kein anderer Weg	p=0,006
Vorteile durch die Substitution: Wohnsituation	p=0,001
Nachteile durch die Substitution: Es ist jetzt alles so normal	p=0,027
Nachteile durch die Substitution: Verlust früherer Kontakte	p=0,019
Welche Hilfe fehlt: Möglichkeit, mit jemandem zu reden	p=0,050
Gerichtliche Sanktionen zu Beginn der Substitution: offene Strafverfahren	p=0,009
Gerichtliche Sanktionen zu Beginn der Substitution durch Verstöße gegen das Betäubungsmittelschutzgesetz	p=0,003
Arbeitslosigkeit vor Beginn der Substitution	p=0,040
Einkommensquellen vor Beginn der Substitution: Jobs	p=0,040
Einkommensquellen vor Beginn der Substitution: Einbrüche	p=0,025
Einkommensquellen vor Beginn der Substitution: Drogenhandel	p=0,012
Einkommensquellen zum Erhebungszeitpunkt: Wohngeld	p=0,025

Zusammenfassend lässt sich aus dem Vergleich der Antworten sagen, dass Methadon-Substituierte ihre gesundheitliche, soziale, finanzielle und juristische Situation häufiger als schlechter beurteilten als dies die Codein-Substituierten taten.

4 Diskussion

Vorbemerkung

In diesem Teil der Dissertation werden Ergebnisse aus Kapitel 3 diskutiert. Da es sich hier um eine Evaluationsstudie handelt, soll der Fokus vor allem darauf gerichtet sein, ob die Therapieform „Substitution“ den an sie gerichteten Ansprüchen gerecht wird. Diese Ansprüche werden aus verschiedenen Blickwinkeln von verschiedenen Interessengruppen gestellt.

Da sind einmal die Betroffenen selbst, die für sich und ihr Leben bestimmte Hoffnungen in diese Therapie setzen. Genannt seien hier Gesundheitszustand und Wohlbefinden, soziale Reintegration, berufliche Rehabilitation oder für jene, die sich im Endstadium einer schweren Erkrankung wie zum Beispiel der Immunschwäche AIDS befinden, eine palliative Unterstützung zu deren Bewältigung.

Ein anderer Gesichtspunkt ist die Frage nach dem medizinischen Erfolg, sowohl die somatische als auch die psychische Gesundheitsverfassung betreffend.

Aber auch die gesellschaftliche beziehungsweise gesellschaftspolitische Seite spielt bei der Substitution Drogenabhängiger eine sehr wichtige Rolle. So haben vor allem sozioökonomische und juristisch-kriminologische Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz der Substitutionsbehandlung und nicht zuletzt auch der Patienten selbst in der Bevölkerung eine große Bedeutung.

Unter diesen Aspekten werden die Ergebnisse verschiedener Items der Untersuchung näher betrachtet. Da es sich bei dieser Studie um eine Querschnittsuntersuchung handelt, sind vor allem auch die Fragen von besonderem Interesse, die sich auf die Zeit vor Beginn der Substitutionsbehandlung beziehen und durch Vergleich zur Situation zum Zeitpunkt der Befragung zwar nicht die Aussagekraft einer Längsschnittstudie haben, aber im Sinne eines „Vorher-Nachher-Vergleiches“ geeignet sind, Verlaufstendenzen aufzuzeigen.

Die Beurteilung des Erfolges und der Fortschritte einer Therapie kann am differenziertesten erfolgen, wenn man Erkenntnisse über die Ausgangssituation hat.

Daher sind auch einige biografische Fakten der Befragten von Interesse und werden diskutiert, um eine möglichst umfassende Darstellung zu ermöglichen.

Ein weiterer Bestandteil dieses Abschnittes stellt die Betrachtung von Zusammenhangshypothesen dar, die statistisch ausgewertet wurden. Es wurde die Art des Substitutionsmittels, also L-Methadon oder Codein, in Zusammenhang mit verschiedenen Items des Interview-Leitfadens gesetzt und nach signifikanten Ergebnissen gesucht.

4.1 Probandengruppe

Bemerkenswert bei der Probandengruppe ist ein deutliches Überwiegen der männlichen Probanden, welche ungefähr zwei Drittel der Gruppe ausmachen. Dieses Überwiegen männlicher Drogenabhängiger findet sich in den meisten Studien, die sich mit Sucht befassen.

Inwieweit sich das Geschlecht auf die Ergebnisse dieser Studie auswirkt, ist in der bereits erwähnten Arbeit von Dipl. Psych. J. Mörcke, der dies schwerpunktmäßig untersuchte, nachzulesen.

Das Alter der Probanden zeigt eine große Breite (18 bis 46 Jahre) und umfasst damit sowohl sehr junge Abhängige, die ihre Drogenkarriere bereits im jugendlichen Alter begonnen hatten, als auch relative alte, die auf viele Jahre der Drogenabhängigkeit zurückblicken können.

Mit gut 88 % hat der überwiegende Teil der Probanden die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Rest kommt zumeist aus europäischen Ländern, wobei es sich um nachfolgende Generationen der einstigen Gastarbeiter handeln dürfte. Von den Herkunftsländern ausgehend sind politische Flüchtlinge nicht oder nur sehr vereinzelt vertreten, obwohl es in Tübingen zum Untersuchungszeitpunkt einige Flüchtlingsunterkünfte gab. Gründe dafür zu erörtern wäre entweder rein spekulativ oder zu aufwändig, weshalb darauf verzichtet wird, zumal diese Fragestellung nicht primär Inhalt dieser Untersuchung ist.

4.2 Sozialer Hintergrund und persönliches Umfeld zum Erhebungszeitpunkt und im Rückblick

4.2.1 Situation in Kindheit und Jugend bezüglich fürsorgender Personen

Fast 90 % der Befragten wuchsen bei den Eltern oder zumindest einem Elternteil auf, zählt man noch diejenigen dazu, die bei anderen Verwandten aufwuchsen, so kommt man auf über 95 %. Vermutlich wären die Ergebnisse in größeren Städten anders. Man würde eine größere Zahl an „Heimkindern“ erwarten, die unter sehr ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen sind und dadurch wenig Rückhalt in ihrer Jugend hatten. Allerdings bedeutet das Aufwachsen bei den Eltern oder bei Verwandten nicht automatisch, dass die Verhältnisse gut und förderlich waren, was sich auch in 4.2.2. manifestiert.

4.2.2 Suchtproblematik in der Familie

Bei nahezu der Hälfte der Probanden findet sich in deren Familie mindestens eine Person mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit. Den größten Anteil stellt dabei die Substanz Alkohol, was nicht weiter zu erstaunen vermag, ist Alkohol doch unbestritten die „Volksdroge Nummer eins“ in unserem Kulturkreis. An zweiter Stelle liegen Medikamente, zum Teil in Kombination mit Alkohol. Illegale Drogen werden nur in Einzelfällen genannt.

Ein oder beide Elternteile sind bei weit über der Hälfte die betroffenen Personen.

Berücksichtigt man, dass 24,9 % der Befragten bei einem Elternteil, bei Großeltern oder anderen Verwandten oder aber in Heimen aufwuchsen, und daher über die Lebens- und Konsumgewohnheiten nicht präsenter Familienmitglieder unter Umständen gar nicht im Bilde sind, kann man vermuten, dass der Prozentsatz derer mit einer abhängigkeitskranken Person im Familienkreis noch etwas höher liegen dürfte. Erwin Riefler führte eine interdisziplinäre Studie zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Österreich durch mit einer Gruppe Substituierter, einer Gruppe nichtsubstituierter Heroinabhängiger und einer Kontrollgruppe. Er fand heraus, dass bei 45,1 % der Substituierten ein oder beide Elternteile Probleme mit Rauschdrogen hatten

oder haben und stellte fest, „dass eine Vorbildwirkung durch das Elternhaus für das Herausbilden von suchtspezifischen Verhaltensweisen seine Bedeutung haben kann...“ (Riefler, 2000). Weiterhin betrachtet er dieses Ergebnis als Indikator für eine mögliche genetische Vorbelastung, die eine morphologische Variation der Opiatrezeptoren zur Folge hat.

Für die Entstehung von Sucht gibt es viele mögliche Faktoren. Die Vorbildfunktion naher Verwandter, insbesondere der Eltern, im Umgang mit potentiell suchterzeugenden Substanzen und Genussmitteln ist sicherlich einer davon. Auch der Umgang mit und die Bewältigung von Konfliktsituationen wird maßgeblich durch Erziehung und durch Vorbildfunktion nahestehender Personen beeinflusst. Scheitert nun beispielsweise ein Elternteil selbst an derartigen Situationen, wird er kaum in der Lage sein, adäquate Lösungsstrategien weiterzugeben. Dieser Umstand legt nahe, dass bei einem nicht unerheblichen Teil der Klienten Defizite in diesem Bereich vorliegen. Dem kann und sollte in der psychosozialen Betreuung Rechnung getragen werden, eventuell auch mit einem psychotherapeutischen Ansatz.

4.2.3 Schul- und Berufsausbildung

Die Bildungsressourcen können das Gelingen einer sozialen Reintegration, welche eines der möglichen Ziele der Substitutionsbehandlung darstellt, entscheidend beeinflussen. Das Nachholen eines Schulabschlusses nach jahrelanger schulischer Abstinenz stellt auch für einen Nicht-Abhängigkeitserkrankten eine gewaltige Anstrengung dar. Für jemanden, der sich mit etwas derartig in nahezu alle persönlichen Bereiche einschneidendem wie einer Suchterkrankung auseinandersetzen hat, ist die Hürde dementsprechend höher. Auch dürfte sich ein erheblicher Nachteil auf dem Arbeitsmarkt durch einen späten Beginn der Schul- oder Berufsausbildung ergeben.

Über 95 % der Stichprobe haben einen Haupt-, Real-, Fachhochschulabschluss oder Abitur. Über 60 % haben eine oder mehrere Berufsausbildungen abgeschlossen oder befinden sich in einer zum Erhebungszeitpunkt noch andauernden Berufsausbildung.

Diese Zahlen an sich ergeben, dass, oberflächlich betrachtet, für einen großen Teil der Befragten zumindest theoretisch aufgrund ihrer Bildungsvoraussetzungen einer

Teilnahme am Arbeitsprozess nichts im Wege stünde. Demgegenüber stehen ein schwieriger Arbeitsmarkt mit hartem Wettbewerb und knapp zwei Drittel der Patienten, die angeben, ihr gewünschtes Ausbildungsziel nicht erreicht zu haben. Letzteres schränkt vor dem Hintergrund, dass bei Abhängigen von ich-funktionellen Defiziten auch im Sinne einer erniedrigten Frustrationstoleranz ausgegangen werden muss (Krystal und Raskin, 1983), die Wahrscheinlichkeit, dass sie dauerhaft einer Arbeit nachgehen, die nicht ihren Vorstellungen und Neigungen entgegenkommt, drastisch ein.

4.2.4 Beruf und Arbeit

Von den Befragten sind 59,3 % arbeitslos, was deutlich über der Arbeitslosenquote der Gesamtbevölkerung Tübingens von 9,1 % (1996) liegt. Von den Klienten, die eine Arbeitsstelle haben, arbeiten 14 in Gelegenheitsjobs, befristeten Anstellungen oder in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme, sind also in nicht besonders sicheren Arbeitsverhältnissen.

Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, bedenkt man die zahlreichen Faktoren, die einer Beschäftigung beziehungsweise einer Einstellung im Wege stehen können. Genannt seien hier eine schlechte gesundheitliche Verfassung und damit eine verminderte Belastbarkeit, häufig eine durch Beschaffungskriminalität und Verstöße gegen das Betäubungsmittelschutzgesetz entsprechende Vorstrafenliste, einen bedingt durch in jungem Alter erfolgten Einstieg in die Drogenszene frühen Abbruch der schulischen oder beruflichen Qualifikation sowie eine längere Zeit ohne Arbeit oder Weiterbildung, was selbst bei ausreichender Qualifikation ein „Loch“ im Lebenslauf darstellt, das einem Personalchef nur schwer zu erklären ist. Ein weiteres Hindernis kann auch die Substitutionsbehandlung selbst darstellen, die ein tägliches, meist morgendliches, Erscheinen zur Substitutionsmittelvergabe in der Arztpraxis erfordert. Da die meisten Praxen um acht oder neun Uhr öffnen, ist dieser Termin nicht immer in einen Arbeitsalltag einzufügen, vor allem dann nicht, wenn der Arbeitgeber von der Abhängigkeitserkrankung und der Substitutionsbehandlung seines Arbeitnehmers nichts weiß und nichts wissen darf. Umgehen ließe sich diese Problematik durch die sogenannte „Take-Home-Regelung“, welche aber nicht unproblematisch durchzuführen ist, wie auch im Kapitel über die Substitution mit Codeinpräparaten erläutert.

Nun ist die Frage, ob die Substitutionsbehandlung, die sich unter anderem auch die soziale Reintegration auf die Fahnen geschrieben hat, die Rückkehr der Betroffenen in den Arbeitsprozess ermöglicht, ein sehr wichtiger Aspekt. In erster Linie handelt es sich um eine Rehabilitationsmaßnahme, die diesem Problem Rechnung tragen muss. Dies gilt vor allem im Hinblick auf den einzelnen Substituierten, der durch Ausübung einer Arbeit sowohl eine Chance bekommt, aus der Drogenszene leichter auszusteigen und sich anderen, für ihn „gesünderen“ gesellschaftlichen Gruppierungen zuzuwenden, als auch eine erhebliche Steigerung seines Selbstwertgefühls erleben kann. Eine Steigerung des Selbstwertgefühls stellt bei vielen Substituierten ein vorrangiges therapeutisches Ziel dar, da ein großer Anteil von ihnen an depressiven Störungen leidet, zu denen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zu den häufigsten Symptomen gehört (Dilling et al., 2000). Von den in dieser Untersuchung Befragten gaben immerhin 68,2 % an, in verschiedener Häufigkeit unter Depressionen zu leiden. Auch andere Studien weisen eine häufige Komorbidität von Drogenabhängigkeit und affektiven Störungen auf. So ergab eine Untersuchung von Callaly et al., in der die Prävalenz psychiatrischer Störungen an einer Gruppe von Methadonsubstituierten in Australien untersucht wurde, dass 53,2 % davon die ICD-10-Kriterien für eine affektive Störung erfüllten, wobei bei 63 % davon eine Depression, bei 15 % eine Dysthymie und bei 18 % eine bipolare affektive Störung diagnostiziert wurden. (Callaly et al., 2001).

Daneben sei auch der finanzielle Vorteil für den einzelnen, von dem er durch die Erwerbstätigkeit im Vergleich zu Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld oder gar Sozialhilfe profitiert, erwähnt.

Aber die Frage nach der Erwerbstätigkeit der Substituierten steht auch in engem Zusammenhang mit der Akzeptanz dieser Therapieform in der Öffentlichkeit, wobei volkswirtschaftliche Erwägungen eine große Rolle spielen.

Mit 32,6 % geben beinahe ein Drittel eine Verbesserung ihrer beruflichen Situation an, für über die Hälfte ergab sich dagegen keine Veränderung im Verlauf der Substitutionsbehandlung. Der Rest der Patienten erfuhr eine Verschlechterung.

Auch bei der Frage nach Vorteilen, welche sich tatsächlich für die Klienten durch die Substitution ergeben haben, profitierten ihrer Aussage nach viele von dieser Therapieform. Zusammengefasst berichteten 67,3 %, dass sie durch die Substitution eine Ausbildung oder Umschulung beginnen oder abschließen konnten, eine geregelte Arbeit oder zumindest einen Gelegenheitsjob bekommen haben.

Betrachtet man nun die Zahlen zur beruflichen Situation vor Beginn der Substitution, so muss man feststellen, dass sich die Zahl der Arbeitslosen nicht verringert hat, sondern nahezu gleich geblieben ist. Quantitativ hat sich also keine Verbesserung der Gesamtsituation ergeben, wofür sich verschiedene Erklärungsansätze anbieten. So ist zu berücksichtigen, dass die Dauer der Behandlung zum Erhebungszeitpunkt sehr variierte. Die Stabilisierung und soziale Reintegration sind Prozesse, die mehr Zeit benötigen als einige Monate. Ein weiterer erschwerender Faktor ist die Tatsache, dass viele Substituierte einen Qualifikationsrückstand aufzuholen haben. 30,2 % geben als Vorteil aus der Substitution ja auch an, dass sie eine Ausbildung oder Umschulung beginnen oder abschließen konnten. Allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten des Arbeitsmarktes schlagen sich natürlich auch in diesem Fall nieder. So ist hinlänglich bekannt, dass sogenannte Langzeitarbeitslose mehr Schwierigkeiten haben, eine Anstellung zu finden als diejenigen, die nur für kurze Zeit arbeitslos waren. Von den befragten Substituierten waren in den fünf Jahren vor dem Erhebungszeitpunkt lediglich 10,5 % in einem festen Arbeitsverhältnis, während dies 33,7 % weniger als ein Jahr oder gar nicht waren.

Was die Qualität der beruflichen Situation angeht, sei auf die 32,6 % verwiesen, die eine Verbesserung angaben.

Raschke et al. betonen in ihrer 1990 bis 1995 durchgeführten ähnlichen Untersuchung in Hamburg, dass die Frage nach der Quote der Beschäftigten oft überbewertet und zu undifferenziert betrachtet werde. Daher differenzieren sie ihr Klientel in Nicht-Erwerbsfähige, Teil-Erwerbsfähige und Voll-Erwerbsfähige. Außerdem vergleichen sie die Substitutionstherapie mit anderen Therapiearten für Patienten mit schweren Erkrankungen: „Niemand käme z. B. auf die Idee, die Güte einer Krebstherapie danach zu bemessen, inwieweit PatientInnen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung arbeiten. In der Substitution gilt aber die Quote der Beschäftigten pauschal, ohne weitere Differenzierung, als ein Erfolgskriterium.“ (Raschke et al., 1996).

4.2.5 Finanzielle Situation

Betrachtet man die finanzielle Situation der Klienten zum Zeitpunkt der Erhebung und vergleicht sie mit der im Rückblick, so kann man feststellen, dass sich eine auf den ersten Blick paradoxe Lage darstellt. Während das durchschnittliche Einkommen drastisch abgesunken ist, gibt die überwiegende Mehrheit der Klienten an, die finanzielle Situation habe sich für sie verbessert. Dies findet eine einfache Erklärung darin, dass die immensen täglichen Kosten für die Drogenbeschaffung entfallen. So hatten ja auch die meisten vor der Substitution weit mehr als die Hälfte ihrer Monatseinnahmen für Drogen ausgegeben.

Um diese Kosten bestreiten zu können, mussten teilweise Monatseinkommen erzielt werden, die durchaus vergleichbar sind mit denen sogenannter Besserverdienender. Das ist nur zu erreichen durch hohe Verschuldung und Beschaffungskriminalität.

Tatsächlich ist eine Verschiebung bei den Einkommensquellen deutlich zu erkennen. Zum Erhebungszeitpunkt werden nur noch vereinzelt illegale Geldbeschaffungsquellen genannt. Am deutlichsten ist der Rückgang des Drogenhandels, mit dem sich vor der Substitution fast zwei Drittel zumindest teilweise finanzierten. Diese Einnahmequelle wird nur noch von 3,5 % angegeben. Auch bei der Prostitution ist der Rückgang beeindruckend. Ihr geht keiner der Substituierten mehr nach. Alleine die Betrachtung dieser beiden illegalen Geldbeschaffungsmethoden vermag einen ersten Eindruck zu vermitteln, welchen Beitrag die Substitution zur Volksgesundheit und damit auch zur Prävention von Krankheiten wie AIDS oder Hepatitis, sowie zur Bekämpfung der Verbreitung des Konsums harter Drogen zu leisten vermag. Eigentumsdelikte wie Diebstahl, Einbrüche und Hehlerei gingen ähnlich deutlich zurück, was ebenfalls eine hohe gesellschaftliche Relevanz hat.

Da beim Drogenhandel hohe Geldsummen bewegt werden, erscheint es schlüssig, dass dieser vor dem Eintritt in die Substitutionsbehandlung von den meisten Klienten als bedeutendste Einnahmequelle genannt wird. Während an zweiter Stelle mit Einkommen aus geregelter Arbeit eine legale Erwerbsquelle steht, kommen an dritter Stelle Diebstahl und an fünfter Stelle Einbrüche. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert

krimineller Handlungen unter Drogenkonsumenten zur Bestreitung des Lebensunterhalts, insbesondere der Drogenbeschaffung.

Auch hier zeigt sich unter der Substitutionstherapie eine Verschiebung zu legalen Einkommensquellen. Die Arbeitslosenunterstützung liegt, gefolgt von Sozialhilfe und Einkommen aus geregelter Arbeit, an der Spitze.

Ein wichtiger Aspekt im Kontext der finanziellen Situation stellt die Verschuldung dar. Erwartungsgemäß sind viele, nämlich beinahe drei Viertel der Befragten, mehr oder weniger hoch verschuldet und zwar vor allem bei Banken und Privatpersonen, teils mit Beträgen, die in Anbetracht der Einkommenslage für die Betroffenen eine hohe Belastung, wenn nicht gar ein nahezu unüberwindliches Problem darstellen. Dem entsprechen auch die Angaben zu den Fragen, ob sie sich durch ihre persönliche Schuldsituation belastet fühlen und ob sie der Ansicht sind, dass sie diese in Zukunft belasten wird.

Gerade hier zeigt sich, dass die Stabilität, welche durch die Substitution hergestellt wird, sehr leicht wieder kippen kann. Denn selbst wenn die direkten Folgen der Drogenabhängigkeit wie schlechter Gesundheitszustand, Beschaffungsdruck und dergleichen entfallen, so haben sich im Verlauf einer Drogenkarriere doch fast immer auch „Altlasten“ angesammelt, die nur sehr schwer aus der Welt zu schaffen sind. Die Schuldsituation ist dafür ein geeignetes Beispiel. So kann man sich leicht ausmalen, dass ein unbezwingbar erscheinender Schuldenberg durchaus in der Lage ist, sich negativ auf die Motivation auszuwirken, eine Arbeit auszuüben, da durch Abzahlung nicht viel mehr als das Existenzminimum übrigbleibt, das man ja auch vom Arbeits- oder Sozialamt beziehen könnte. Um das Schuldenproblem zu lösen, könnte manch einer auch in Versuchung kommen, sich auf illegale Weise finanzielle Mittel zu verschaffen, zumal bei vielen Drogenabhängigen aufgrund der jahrelang ausgeübten Beschaffungskriminalität die Hemmschwelle dafür doch recht niedrig sein dürfte. Nicht zuletzt besteht auch ein Risiko, dass die Betroffenen auf die Frustration, die entsteht, weil sie sich angesichts derartiger Probleme ohnmächtig fühlen, mit einem Rückfall in den Drogenkonsum reagieren.

Das Angebot der Schuldnerberatung sollte also unbedingt im Rahmen der psychosozialen Betreuung vorhanden sein.

4.2.6 Juristische Situation

Nahezu alle befragten Klienten sind aufgrund von Straffälligkeit mit der Justiz in Konflikt geraten. Im Großen und Ganzen lassen sich die begangenen Delikte in zwei Kategorien einteilen: Zum einen in Verstöße gegen das Betäubungsmittelschutzgesetz (im folgenden BtMG genannt) wie Drogenbesitz, Drogenkonsum, Drogenerwerb und Drogenhandel, zum anderen in Delikte, die zur Beschaffung von finanziellen Mitteln zum Drogenerwerb dienen, die sogenannte Beschaffungskriminalität. An dieser Stelle sei auch auf 4.2.5 verwiesen.

Meist handelt es sich um Mehrfachtäter, die in manchen Fällen bis zu 20 Verurteilungen hinter sich haben. Über 60 % aller Befragten waren mindestens ein Mal in Haft. So war ein großer Teil zu Beginn der Substitutionsbehandlung mit juristischen Sanktionen wie Bewährungsstrafen, einer Weisung oder einer Therapieauflage oder aber einem noch nicht abgeschlossenen Strafverfahren belegt. Für einige waren auch juristische Sanktionen ein Grund für den Beginn der Substitution. Genannt seien hier die Paragraphen 35 („Therapie statt Strafe“) und 37 („Verfahren vorläufig eingestellt“) des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG). Neben der letztgenannten, eher positiven Folge der Delinquenz, stellen die Konsequenzen aus juristischen Sanktionen für viele Betroffene ein großes Problem dar beim Versuch, sich sozial zu reintegrieren. Insbesondere bei der Arbeitssuche ist ein entsprechendes Vorstrafenregister äußerst hinderlich.

Ein Aspekt, der vor allem auch in der breiten Öffentlichkeit auf großes Interesse stößt, ist die sogenannte Legalbewährung. Dabei wird die Frage gestellt, ob die Kriminalität unter Substituierten absinkt im Vergleich zur Zeit vor der Substitution. Man kann auch heute in Zeiten, in denen viel für die Aufklärung über Sucht und deren Folgen getan wird, immer wieder die Meinung hören, dass Drogenabhängige primär zu kriminellen Verhalten neigen. Es wird also nicht das kriminelle Verhalten als Folge der Suchterkrankung gesehen, sondern es wird davon ausgegangen, dass Menschen, die abhängig werden, von vornherein dazu neigen, ihren Lebensunterhalt durch illegale Machenschaften zu bestreiten. Sollte diese These richtig sein, dann dürften im Verlauf

der Substitutionsbehandlung die für die Beschaffungskriminalität typischen Vergehen nicht abnehmen.

Dies entspricht nicht den Ergebnissen dieser Studie. Als Indikator hierfür dienen die Angaben zu den Einkommensquellen vor der Substitution und zum Erhebungszeitpunkt. Wie bereits in 4.2.5 dargelegt, ist eine drastische Abnahme illegaler Geldbeschaffung festzustellen.

Zu diesem Ergebnis kommen praktisch alle Studien, die sich mit der Evaluation der Substitutionsbehandlung befassen (zum Beispiel Dole et al., 1991, Sells et al., 1980, Gönbladh et al., 1989, Raschke et al., 1996).

Trotz dieser Abnahme soll nicht unerwähnt bleiben, dass nach wie vor vereinzelt in den alten Verhaltensmustern verharrt wird. Mögliche Gründe dafür gibt es einige. Einer der wichtigsten dürfte im Beikonsum illegaler Drogen liegen, da weiterhin Geld für Drogen aufgebracht werden muss. Weiterhin kann auch eine desolante finanzielle Lage mit Überschuldung zu kriminellen Aktivitäten verleiten. Als weitere Ursache wäre noch an eine Habitualisierung kriminellen Verhaltens im Verlauf der Drogenkarriere zu denken, was sich prognostisch eher ungünstig auswirken dürfte, da sich daran allein durch eine Verbesserung der Lebensumstände wohl kaum etwas ändern würde.

4.3 Gesundheit und Befinden zum Erhebungszeitpunkt und im Rückblick

Der Gesundheitszustand drogenabhängiger Patienten unterliegt verschiedenen typischen Einflüssen. So sind sowohl beim Heroinkonsumenten als auch beim Substituierten Nebenwirkungen durch Opiate häufig, wenn auch in verschiedenem Ausmaß. Diese unterteilen sich vor allem in vegetative Störungen wie Schwitzen und gastrointestinale Beschwerden und in zentralnervös bedingte Beschwerden wie Schlafstörungen, Atemnot, affektive Störungen und sexuelle Dysfunktion.

Opiate wie Heroin verursachen selbst zwar durchaus Veränderungen im Körper, zum Beispiel auf Rezeptorebene, jedoch sind körperliche Erkrankungen bei Konsumenten von Opioiden eher auf den Lebensstil Drogenabhängiger und die Konsumbedingungen

zurückzuführen. So sind aufgrund sozialer Verelendung die hygienischen Bedingungen oft völlig unzureichend, auch eine gewisse Selbstvernachlässigung des sich entweder im Rausch oder im Beschaffungsstress Befindlichen ist eine typische Folge dieser Suchterkrankung. Am gravierendsten jedoch sind chronische Infektionserkrankungen wie Hepatitis und AIDS, die vor allem in mangelnder Hygiene im Umgang mit Injektionsbestecken, aber auch in der sexuellen Übertragung im Rahmen der zur Finanzierung der Droge oft eingesetzten Prostitution ihre Ursachen haben.

Den psychischen Gesundheitszustand beeinflussen ebenfalls mehrere Faktoren. So spielen die bereits erwähnten zentralnervösen Effekte der Opiate selbst eine wichtige Rolle. Sie führen vor allem zu depressiven Krankheitsbildern mit den hierfür charakteristischen Symptomen wie trauriger Stimmungslage, Antriebslosigkeit, geringer Belastbarkeit und im Extremfall Suizidalität. Aber ein nicht unerheblicher Anteil der Depressionen dürfte reaktiver Natur und im Sinne einer Anpassungsstörung zu verstehen sein. Die oft desolate soziale Situation und der Rückblick auf „vergeudete Jahre“, die fast ausschließlich von der Sucht eingenommen wurden und jetzt mit „klarem Kopf“, ohne die Möglichkeit, sie durch den Rausch in den Hintergrund des Bewusstseins zu drängen, ausgehalten werden müssen, bilden hierfür den Auslöser.

Es wurden zahlreiche Studien über das Vorliegen psychiatrischer Erkrankungen außer der Suchterkrankung selbst bei Drogenabhängigen durchgeführt, die übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass die Prävalenz in dieser Gruppe deutlich erhöht ist gegenüber Nicht-Drogenabhängigen. (Verthein et al., 2000, Callaly et al., 2001, Kuntze et al., 1997).

Auch liegt in der Literatur weitestgehend Übereinstimmung vor, was die Häufigkeit bestimmter psychiatrischer Diagnosen angeht. So sind es vor allem affektive Störungen (darunter wiederum Depressionen) und Angststörungen, die am häufigsten diagnostiziert wurden. Auch Krankheitsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis finden sich häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung, jedoch nicht in diesem Ausmaß.

Ein anderes, bei Drogenabhängigen häufig zu diagnostizierendes Krankheitsbild ist die Persönlichkeitsstörung. Während es bei vielen psychischen Störungen nur sehr schwer

zu eruieren ist, ob sie bereits vor Beginn der Suchterkrankung vorlagen und somit als Cofaktor für deren Entstehung in Frage kommen, oder ob die Suchterkrankung eine psychische Störung nach sich gezogen hat, liegt der Zeitpunkt der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen, anders als bei Persönlichkeitsänderungen, bereits im Kindesalter oder in der beginnenden Adoleszenz (Dilling et al., 2000). Somit kommt den Persönlichkeitsstörungen in diesem Zusammenhang eine gewisse Sonderstellung zu, da davon ausgegangen werden kann, dass sie keine Folgeerscheinung der Drogenabhängigkeit sind.

In einer Studie über die Prävalenz stattgehabter Traumatisierungen unter Drogenabhängigen legten Teegen und Zumbeck dar, dass ein erheblicher Teil von ihnen mindestens einmal eine traumatische Lebenserfahrung gemacht hatte. In dieser Studie waren es immerhin 42 %, wovon bei 26 % eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde. Zu den posttraumatischen Symptomen gehören unter anderem bedrückende Erinnerungen, teils als sogenannte „Flash-backs“, aversive Reaktionen, erhöhtes Arousal und Dysregulation der endogenen Opiatproduktion. Stehen dem Traumatisierten keine konstruktiven Strategien zur Bewältigung dieser Symptome zur Verfügung, so ist eine mögliche Reaktion der Konsum von Drogen im Sinne einer Selbstmedikation (Teegen und Zumbeck, 2000).

Aus diesen Erkenntnissen geht hervor, dass im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation Substituierter, deren Verbesserung eines der vorrangigen Ziele der Substitutionstherapie darstellt, vermehrt ein Augenmerk auf die psychische Gesundheit gerichtet werden muss, wenn man den Anspruch erhebt, mit der Substitution eine nachhaltig wirkende Therapieform anbieten zu können. Denn: „...Damit kommt den psychischen Störungen und Belastungen im Verlauf der Drogenkarriere eine besondere Bedeutung zu; es besteht zu allen Lebensbereichen ein wechselseitiger Zusammenhang, der sich negativ auf die individuellen Chancen und Möglichkeiten zur Überwindung der Drogenabhängigkeit auswirken dürfte. In diesem Sinne ist die Exploration psychischer Symptome notwendig, um solche Wechselwirkungen transparent zu machen und ggf. gezielt symptomgerecht zu intervenieren.“ (Verthein et al., 2000)

Die 86 Substitutionspatienten wurden alle in allgemeinmedizinischen oder internistischen „Hausarztpraxen“ betreut. Die Qualität dieser Betreuung soll keineswegs angezweifelt werden, die Betroffenen waren auch mehrheitlich damit zufrieden. Allerdings erfordern psychiatrische Diagnostik und Therapie einen Spezialisten, weshalb es eine Überlegung wert wäre, in die Substitutionstherapie psychiatrisch-fachärztliche Kompetenz miteinzubeziehen.

4.3.1 Somatischer Gesundheitszustand

In einer Selbsteinschätzung des somatischen Gesundheitszustandes zum Erhebungszeitpunkt gibt weniger als ein Fünftel einen schlechten Gesundheitszustand an, der Rest bezeichnet ihn zumindest als durchschnittlich, eher gut oder sehr gut. Dies erscheint in Anbetracht der hohen Anzahl derer, die an einer chronischen Hepatitis leiden, eine recht positive Einschätzung. Vergleicht man aber die Ergebnisse dieser Frage mit denen derselben Frage bezogen auf die Zeit vor der Substitutionsbehandlung, so relativiert sich dieser Eindruck wieder, denn es ist offensichtlich eine erhebliche Verbesserung eingetreten. Dies wird auch deutlich durch die große Zahl derer, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes als einen sich aus der Substitution ergebender Vorteil betrachtet.

Unter den explizit benannten gesundheitlichen Störungen dominieren vor allem chronische Infektionskrankheiten wie Hepatitis und HIV, Zahnprobleme und gastrointestinale Beschwerden. Dass diese Krankheitsbilder in relativ hohem Maße vorliegen, ist durch den chronischen Verlauf oder im Falle der Zahnprobleme durch die langwierige Behandlung zu erklären. Aber auch diese Gesundheitsstörungen sind unter der Substitutionstherapie zurückgegangen, was durch eine allgemeine Stabilisierung und durch regelmäßige Konsultationen eines Arztes am ehesten zu begründen ist.

Im Rückblick sind nicht nur die bereits genannten Erkrankungen in höherem Ausmaß vertreten, es imponieren auch noch andere Beschwerden, die zum Erhebungszeitpunkt entweder keine Rolle mehr spielen oder aber nur vereinzelt genannt werden. So litten immerhin beinahe zwei Drittel vor der Substitution unter Abszessen. Viele hatten das Problem, dass ihre Venen durch die häufigen Injektionen so vernarbt waren, dass sie kaum noch ein geeignetes Gefäß finden konnten, um die Droge zu spritzen. Weitere

auffallend häufig angegebene Gesundheitsprobleme waren Gliederschmerzen, verminderte sexuelle Erregbarkeit und Menstruationsstörungen.

Unter den Vorteilen, die sich für die Klienten aus der Substitutionsbehandlung tatsächlich ergeben haben, wird auch nach der Verbesserung des Gesundheitszustandes gefragt. Die Mehrheit sieht dies als Vorteil durch die Therapie.

In anderen Studien zur Substitutionstherapie lassen sich vergleichbare Ergebnisse finden, so zum Beispiel bei der in Hamburg durchgeführten Untersuchung durch Raschke et al. (Raschke et al., 1996) oder in einer Arbeit aus Zürich (Schmid, 1997).

4.3.2 Psychischer Gesundheitszustand

Bei der Selbsteinschätzung des psychischen Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Erhebung sind die Ergebnisse denen zur Einschätzung des somatischen Gesundheitszustandes sehr ähnlich. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung litten jedoch sehr viele unter den psychopathologischen Symptomen Depressionen, Angstzustände, Wahnvorstellungen und Halluzinationen, wobei die zwei zuletzt genannten Symptome nur vereinzelt angegeben wurden. Diese Ergebnisse gehen konform mit vielen Studien zur Comorbidität Drogenabhängiger, wie oben bereits erwähnt. Es sind, wie eingangs beschrieben, die affektiven Störungen, die Angststörungen, die Persönlichkeitsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die unter Drogenabhängigen vermehrt auftreten. Diese psychiatrischen Krankheitsbilder sind nahezu immer mit mindestens einem dieser Symptome verbunden.

Es ist davon auszugehen, dass auch in dieser Probandengruppe ähnliche Prävalenzen psychiatrischer Erkrankungen vorliegen wie in vielen Comorbiditätsstudien. Sieht man nun, dass über 80 % der Befragten noch nie außer zu Entgiftungs- und Entzugsbehandlungen in psychiatrischer Behandlung waren und auch keine Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Neuroleptika verschrieben bekommen, so kann daraus nur der Schluss gezogen werden, dass ein sehr hoher Anteil von ihnen an unbehandelten manifesten psychiatrischen Krankheiten leidet.

Auch wenn sich der eine oder andere bewusst einer psychiatrischen Behandlung entziehen mag und sie ablehnt, dürfte doch der Grund hierfür in der überwiegenden Zahl der Fälle in einer mangelhaften oder fehlenden psychiatrischen Diagnostik zu finden sein.

Wie bereits erörtert, stellt dieser Zustand für die Prognose der Rehabilitation ein großes Problem dar.

Als ein weiterer psychopathologischer Hinweis ist der hohe Prozentsatz an Klienten zu sehen, die einen oder mehrere Suizidversuche unternommen oder zumindest Suizidgedanken oder -pläne hatten. Auch Suizidalität ist ein typisches Symptom der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen unter Drogenabhängigen.

Im Kontext „Gesundheit“ sind auch die Nebenwirkungen des Substitutionsmittels von Bedeutung. Darauf wird an anderer Stelle noch eingegangen.

4.4 Drogenanamnese

Die Ergebnisse der Drogen- oder Suchtanamnese legen deutlich dar, dass es den „klassischen“ Heroinabhängigen nicht mehr gibt. Das heißt, dass fast alle Probanden polytoxikoman sind, also mehrere verschiedene Drogen konsumieren. Unter diesen Drogen sind einige mit einem erheblichen Abhängigkeits- und Gefährdungspotential, explizit erwähnt seien hier Cocain und Benzodiazepine. Wird Cocain als sogenannte Modedroge in bestimmten Kreisen meist geschnupft, greifen viele Heroinabhängige auch hier zur Spritze und injizieren es intravenös. Dadurch dürfte die Wirkung intensiver sein. In jedem Fall ist die akute Gefährlichkeit der Droge, also die Gefahr der Überdosierung, deutlich erhöht. Über die Gründe für die wachsende Beliebtheit des Cocain unter Opiatabhängigen kann man spekulieren. Fest steht, Cocain ist nicht billiger als Heroin und wohl auch nicht leichter zu bekommen, wird also kaum als „Lückenfüller“ benutzt, wenn gerade kein Heroin auf dem Markt ist oder die entsprechenden finanziellen Mittel fehlen. Am ehesten ist es die aktivierende Wirkung, die attraktiv erscheint. Cocain wirkt nicht über Opiat-Rezeptoren, entfaltet seinen Rausch demnach auch unter Substitution und hat damit für das Problem des Beikonsums einen hohen Stellenwert.

Die Benzodiazepine sind wohl eines der an häufigsten missbräuchlich eingenommenen Medikamente auf dem Markt. Von Opiatabhängigen werden sie eingesetzt, um Entzugerscheinungen abzumildern, wenn kein Heroin verfügbar ist. Ansonsten kommt ihnen im Rahmen der Selbstmedikation eine große Bedeutung zu. Mit ihrer dämpfenden und anxiolytischen Wirkung sind sie gut geeignet, um beispielsweise Angstzustände zu behandeln. Sie wirken schnell, zuverlässig und meist ohne unerwünschte Wirkungen. Dies verleitet leicht dazu, Missempfindungen damit „wegzuschieben“. Besonders problematisch im Umgang mit Benzodiazepinen ist das sehr hohe Abhängigkeitspotential und die Toleranzsteigerung. In hohen Dosen wirken sie atemdepressiv, was insbesondere in Verbindung mit Opiaten, die diese Wirkung ebenfalls haben, schnell lebensgefährlich wird.

Polytoxikomanie ist ein großes Problem für alle suchtspezifischen Behandlungsformen. Auch für die Substitutionstherapie ergeben sich Komplikationen. Wird mit dem Substitutionsmittel ein Opiat-Entzugssyndrom wirkungsvoll vermieden, so können bei gleichzeitig bestehender Benzodiazepinabhängigkeit durchaus Entzugssymptome auftreten. Das bedeutet, dass initial eine Entgiftungsbehandlung von Benzodiazepinen durchgeführt werden muss, wenn ein entsprechender Beikonsum verhindert werden soll. Dies stellt eine nicht unerhebliche Belastung für den Patienten dar und bedarf oft der intensiven therapeutischen Begleitung, um die Compliance erhalten zu können.

4.5 Die Substitutionsbehandlung

4.5.1 Vorfeld der Substitutionsbehandlung

Alle Klienten hatten vor ihrer Substitutionsbehandlung Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht. Neben Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen, welchen sich praktisch alle Befragten mehr oder weniger häufig unterzogen hatten, fällt die hohe Anzahl derer auf, die sich in stationäre Langzeittherapien begeben hatten. Während sich viele Drogenabhängige immer wieder zur Entgiftung in Kliniken einfinden, ohne wirklich abstinenzwillig zu sein, sondern weil sie in diesem Moment am Ende ihrer Kräfte sind und eine „Verschnaufpause“ benötigen, um sich zu regenerieren, so ist für eine Langzeittherapie die Motivation zur Abstinenz die Voraussetzung. Es lässt sich

also erkennen, dass die Betroffenen mit ihrem Dasein als Drogenabhängige unzufrieden sind und auch schon einige Zeit vor Beginn der Substitution Anstrengungen unternommen hatten, ihr Leben zu verändern und von der Sucht loszukommen. Dem entspricht, dass es doch viele als Nachteil der Substitutionstherapie ansehen, weiterhin an einer stoffgebundenen Abhängigkeit zu leiden. Dies entkräftet auch das recht verbreitete Vorurteil, Substituierte suchten nur einen bequemen und billigen Weg, um mit ihrer Sucht zurechtzukommen zu können, und das Gesundheitswesen betätige sich lediglich als legitimer „Dealer“.

Aber nicht nur professionelle Suchttherapien verschiedener Art wurden in großer Anzahl in Anspruch genommen, noch häufiger waren die Versuche, ohne Hilfe selbst zu entziehen.

Vor dem Hintergrund, dass diese Therapieversuche für den einzelnen meist eine hohe Belastung bedeuten, kann man daraus schlussfolgern, dass von Seiten der Betroffenen oft große Erwartungen in die Substitutionstherapie gesetzt werden, ist sie doch sozusagen der Endpunkt vieler Therapiekarrieren. Betrachtet man die Gründe, Umstände und Hoffnungen, welche die Klienten letztlich dazu gebracht hatten, eine Substitutionstherapie zu beginnen, wird schnell klar, dass sich die meisten in einer sehr desolaten Situation gesehen und sich Verbesserungen in elementaren Bereichen ihres Lebens versprochen hatten. So standen Verbesserung des Gesundheitszustandes, der sozialen Situation und der Wunsch, die eigenen Energien für etwas anderes zu nutzen als für die ewige Hetze nach Drogen ganz oben bei den Angaben zu den Gründen für den Beginn dieser Therapieform. Auch sahen viele keinen anderen Ausweg mehr, um weiterhin lebenswert existieren zu können.

4.5.2 Dauer der bisherigen Substitutionsbehandlung beim substituierenden Arzt zum Erhebungszeitpunkt

Die breite Streuung und die teils erst wenige Monate andauernde Substitution macht deutlich, dass in vielen Bereichen noch keine spektakulären Erfolge erzielt werden konnten. Hierauf wurde zum Beispiel im Kontext der Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Arbeitssituation bereits eingegangen. Auch dass durchaus noch viele Kontakte zu konsumierenden Drogenabhängigen und zur

Drogenszene an sich bestehen, was prognostisch grundsätzlich negativ zu werten sein dürfte, kann wohl zu einem großen Teil darauf zurückgeführt werden. Schließlich bricht nicht jeder alle Brücken hinter sich ab, sondern oft werden alte Sozialkontakte weiter gepflegt, auch wenn sie dem Kampf gegen die Sucht alles andere als zuträglich sind.

Um aus einer Abhängigkeitserkrankung herauszukommen, die sich meist über viele Jahre manifestieren und verfestigen konnte, sind im Allgemeinen mehr als einige Monate, die ein Teil der Befragten zum Erhebungszeitpunkt in Substitution waren, notwendig. Von daher wäre eine Verlaufsuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt von großem Interesse.

4.5.3 Substitutionsmittel

Die in dieser Studie untersuchten Probanden erhielten als Substitutionsmittel ausnahmslos entweder L-Methadon oder Dihydro-Codein verabreicht und zwar etwa im Verhältnis von zwei Drittel zu einem Drittel. Ob sich aus der Wahl des Substitutionsmittels Konsequenzen für den einzelnen Patienten ergeben und wenn ja, welche dies sind, soll an anderer Stelle erörtert werden.

4.5.4 Positive und negative Aspekte der Substitutionsbehandlung

Die Vorteile, welche sich aus der Substitution für die Klienten tatsächlich ergeben hatten, wurden von diesen so angegeben, wie man die Ziele dieser Therapieart formulieren könnte.

Dazu zählen eine soziale Integration außerhalb der Drogenszene, eine Angleichung der Lebensgewohnheiten und Lebensinhalte an die der „normalen“ Bevölkerung, eine Linderung der gesundheitlichen Folgen des Lebens als Drogenabhängiger sowie ein Ende der unwürdigen Lebensumstände. Wurden viele dieser Items von über 70, teils über 80 % bejaht, so fallen einige Items auf, denen weit weniger Klienten zustimmten. Zu diesen Items zählt die Verbesserung der Wohnsituation. Dass die sich für viele nicht zum Besseren entwickelt hatte, kann zum einen an einem zum Erhebungszeitpunkt recht angespannten Wohnungsmarkt im Kreis Tübingen liegen, zum anderen aber auch daran, dass die Wohnsituation vorher gar nicht so schlecht war. Dafür spricht die Tatsache, dass immerhin jeder Befragte eine Wohnung hatte. Dies hätte in vielen anderen Städten,

in denen viele Drogenabhängige ohne festen Wohnsitz sind, anders ausgesehen. Andere Punkte, die nicht von einer ganz so überwältigenden Mehrheit als Vorteile aus der Substitution betrachtet werden, sind der Wegfall der Kontakte zur Drogenszene, Kontakte zu drogenfreien Freunden, die Stabilisierung einer Partnerschaft, die Verbesserung des Verhältnisses zu den Eltern und zu den Kindern. Diese Ergebnisse dürften durch den Beginn des Reintegrationsprozesses oder durch ein Nicht-Zutreffen der abgefragten Punkte für viele der Klienten zu erklären sein.

Unter den negativen Aspekten der Substitutionsbehandlung selbst wird am häufigsten der fehlende unter der Droge auftretende Rauschzustand („Heroin-Feeling“) angegeben. Auch die Angaben, dass vermehrt eine innere Leere verspürt wird, dass alles „normal“, also wenig aufregend sei, oder dass sie ihre Zeit nicht auszufüllen wissen, weisen in diese Richtung. Ein Drogenabhängiger bezieht Lustgewinn und positives emotionales Erleben nur noch aus dem Rauschzustand. Er verlernt gewissermaßen die Erlebnisfähigkeit in nüchternem Zustand, was ein erhebliches Rückfall-Risiko darstellt. Um den Zugang zu dieser Erlebnisfähigkeit wiederzuerlangen, benötigen viele professionelle Hilfe. Mit ihrer Rolle als Patient kommen einige nicht zurecht und sehen es als Nachteil an, sich als ein solcher fühlen zu müssen. Auch Nebenwirkungen des Substitutionsmittels werden als Nachteil angegeben, jedoch von vergleichsweise wenigen Klienten.

Lediglich knapp ein Viertel verspürt keine Nebenwirkungen. Allerdings empfindet nur ein Fünftel diese Nebenwirkungen als deutliche Beeinträchtigung.

Unter den Nebenwirkungen werden vegetative Störungen wie verstärktes Schwitzen und Störungen im Bereich des Gastrointestinaltraktes am häufigsten angegeben. Ebenfalls häufig sind Schlafstörungen und innere Unruhe sowie Potenzstörungen oder verminderte sexuelle Erregbarkeit. Menstruationsstörungen beklagen viele der befragten Frauen.

Angesichts dieser das Wohlbefinden doch ziemlich beeinträchtigenden Symptome stellt sich die Frage, warum relativ wenige der Betroffenen dies als deutlich beeinträchtigend empfinden. Die Antwort dürfte darin liegen, dass diese Erscheinungen zum einen als das kleinere Übel betrachtet werden, zum anderen ruft Heroin ebenfalls diese

opiattypischen Erscheinungen hervor, so dass von einer gewissen Gewöhnung daran ausgegangen werden kann.

4.5.5 Beikonsum von Drogen zusätzlich zum Substitutionsmittel und Einnahme von Medikamenten

Der Drogengebrauch während der Substitution, der sogenannte Beikonsum, ist im Kontext der Substitutionstherapie ein häufig und kontrovers diskutiertes Thema. Das angestrebte Ziel dieser Therapieform besteht primär darin, durch Verabreichung des Substitutionsmittels den Drogenkonsum mit all seinen Folgen überflüssig zu machen. Der Substituierte akzeptiert mit Beginn der Therapie den Verzicht auf Drogenkonsum ebenso wie dessen Kontrolle mittels Urinproben. Dennoch kommt Beikonsum überall, wo substituiert wird, vor.

Der Umgang damit durch die Behandler ist unterschiedlich. Selten führt einmaliger Konsum zum Ausschluss aus der Therapie. So wird beispielsweise mit Verwarnungssystemen gearbeitet, die eine begrenzte Anzahl von „Ausrutschern“ erlauben. Häufig wird auch nach der Art der konsumierten Substanz unterschieden, so dass etwa der Konsum einer sogenannten weichen Droge wie Cannabis toleriert wird, der Gebrauch harter Drogen wie Heroin, Kokain oder verschreibungspflichtiger Medikamente wie Tranquillizer aus der Gruppe der Benzodiazepine jedoch nicht.

In nahezu allen Studien zur Substitutionsbehandlung wird auf das Problem des Beikonsums eingegangen. So stellten Rittmannsberger et al. 1994 in ihrer Studie über die Methadonsubstitutionsbehandlung in Österreich fest, dass von ihren untersuchten Probanden nur 15 % immer „saubere“ Harntests hatten. Cannabis, Opiate und Benzodiazepine waren die am häufigsten gefundenen Substanzen. Dort wurde Cannabis-Konsum toleriert, man konzentrierte sich darauf, die Patienten von den anderen Substanzen abstinent zu halten. (Rittmannsberger et al., 1994). Viele weitere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen, den meisten gemeinsam sind zwei Erkenntnisse: Der Drogenkonsum geht unter der Substitution deutlich zurück und Benzodiazepine zählen zu den Problemsubstanzen.

Für die USA berichteten Dole und Mitarbeiter, dass 90 % der Patienten mit mindestens einjähriger Therapiedauer ihren Heroinkonsum völlig aufgegeben hatten (Dole et al., 1991). In der Schweiz stellte Fuchs fest, dass unter Substitutionspatienten zwar immer noch Heroin konsumiert wird, aber nur noch sporadisch, so dass Episoden täglichen Heroinkonsums nur noch sehr selten festgestellt werden konnten (Fuchs, W., 1992). Walger und Mitarbeiter machten die Feststellung, dass nicht nur der Heroinkonsum an sich deutlich zurückgeht, sondern dass diejenigen, welche immer noch Heroin nehmen, dies meist nicht mehr intravenös applizieren (Walger et al., 1989). Dies ist für die Prävention von Infektionskrankheiten wie Hepatitis oder AIDS von großer Bedeutung.

Die Ergebnisse der in dieser Studie Befragten entsprechen weitestgehend denen vieler anderer Studien. Beikonsum ist sehr verbreitet. Die am häufigsten konsumierten Substanzen sind Cannabis, Heroin, Kokain und Benzodiazepine. Die Benzodiazepine sind im Vergleich zu anderen Studien verhältnismäßig schwach vertreten. Eine Erklärung hierfür geht aus den Ergebnissen nicht hervor, so dass dahingehend nur gemutmaßt werden kann. Eine Sonderstellung im Kontext Beikonsum hat der Alkohol. Über die Hälfte der Patienten trank zumindest hin und wieder Alkohol, eine Zahl, die in der durchschnittlichen Bevölkerung wohl auch ohne weiteres erreicht werden dürfte. Allerdings ist oft die Rede von „Suchtverlagerung“ hin zum Alkohol, der sich als legale und billige, ohne Probleme jederzeit erhältliche Ersatzdroge dafür anscheinend anbietet. Betrachtet man die Ergebnisse jedoch genauer, so wird man feststellen, dass der überwiegende Teil einen recht gemäßigten Alkoholkonsum betreibt, was die Vermutung nahe legt, dass diejenigen, die täglich oder mehrmals wöchentlich Alkohol trinken, auch schon vor der Substitution ein derartiges Konsummuster für Alkohol aufgewiesen hatten. Dies wäre für die Betroffenen zwar dennoch ein Problem, würde aber die These widerlegen, dass viele Substituierte auf Alkohol als Ersatz für Heroin umsteigen. Auch in der internationalen Literatur wird die Befürchtung, unter Substituierten mache sich exzessiver Alkoholkonsum breit, nicht bestätigt (Uchtenhagen, 1988), (Loimer, 1992). Post kam in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass fast nur diejenigen zu vermehrtem Alkoholkonsum neigen, die auch vor der Substitution schon Alkoholphasen hatten, also mit dem gezielten Einsatz von Alkohol als Rauschmittel vertraut sind (Post, 1997).

Ein weiteres Ergebnis, das praktisch allen Verlaufserhebungen zur Substitutionstherapie gemeinsam ist, besteht darin, dass der Beikonsum im Laufe der Behandlung immer mehr abnimmt. Dies wurde in dieser Querschnittuntersuchung nicht erfasst, trotzdem gibt es einen indirekten Hinweis darauf, dass es sich hier ebenso verhält: Über 70 % der Patienten geben an, dass ein verringerter Drogenkonsum als tatsächlicher Vorteil aus der Substitution für sie hervorgegangen ist.

Gründe für den Beikonsum gibt es viele. Ein großer Teil derer, die weiterhin Drogen konsumieren, nennen den fehlenden Rauschzustand unter Methadon oder Einsatz von Drogen zum Lustgewinn als Grund. Dies spricht dafür, dass langjährig Drogenabhängige gewissermaßen verlernen, das Verlangen nach angenehmen Erlebnissen durch eigene Lebensgestaltung zu stillen. Sie sind darauf konditioniert, sich durch Einnahme von Drogen in einen für sie positiven Gemütszustand zu versetzen. Auch um angenehme Emotionen zu verstärken oder unerwünschte Emotionen, wie sie in Problem- und Konfliktsituationen entstehen, zu dämpfen, wird weiterhin konsumiert.

Ebenfalls häufig angegeben wurden die Antwortmöglichkeiten, die den fortgesetzten Drogenkonsum durch Gewohnheit oder durch Einnahme von Drogen als übliches Verhalten im Freundeskreis begründeten. Hier zeigt sich, dass jahrelang verfestigte Gewohnheiten und ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe mit Beginn der Substitutionstherapie in vielen Fällen nicht einfach abgelegt werden, sei es aus Angst vor Veränderungen oder vor dem Alleinsein ohne die Gruppe.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Beikonsums stellt die Selbstmedikation zusätzlicher, zur Abhängigkeitserkrankung bestehender psychischer Störungen dar. Wie bereits erwähnt, liegt bei Suchtkranken dahingehend eine Comorbidität sehr häufig vor. So setzt ein erheblicher Anteil der befragten Patienten Drogen zur Bekämpfung von Depressionssymptomen oder zum „Abschalten“ ein. Dieses Selbstmedikationsphänomen findet sich auch in anderen Untersuchungen. So stellten auch Raschke und Mitarbeiter fest, dass insbesondere der Zusatzkonsum von Medikamenten eine Art Selbstmedikation bei nicht therapierten psychischen Ursachen oder eine Reaktion auf die desolante Lebenssituation darstellt. Sie schreiben diesem Verhalten, sowohl vor als auch während der Substitutionsbehandlung, eine gewisse Rationalität zu, die darin begründet ist, dass Drogenabhängige psychotrope Substanzen einsetzen, um psychische

Krisen oder sonstige unangenehme Lebensumstände besser aushalten zu können. Dieser Logik folgend nimmt dann auch der Konsum mit zunehmender Stabilisierung in der Substitution ab (Raschke et al., 1996).

Elsner stellt anhand von zwei voneinander unabhängigen Fallbeispielen die mögliche suizidprophylaktische Funktion der Einnahme von Benzodiazepinen dar. In diesen beiden Fällen führte der Beikonsum von Benzodiazepinen zum Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm. Als Bedingung für den Wiedereintritt wurde der Verzicht auf Benzodiazepine gestellt. Daraufhin traten die beiden Betroffenen eine Teilentgiftung an, nach deren Abschluss sie erneut ins Methadonprogramm aufgenommen wurden. Wenige Zeit später suizidierten sie sich aus einer privaten Konfliktsituation heraus. Elsner plädiert daher für einen akzeptierenden Umgang mit Benzodiazepin-Beikonsum und damit für eine niedrigschwellige Substitutionsbehandlung. Er begründet dies mit einer Rate von 70 % der Substituierten, die unter einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung leiden, von denen sich viele nicht in eine reguläre psychiatrische Behandlung begeben (Elsner, 1998).

Wie man auch zur Frage der sogenannten „Niedrigschwelligkeit“ steht, ob man also den Konsum von psychotropen Substanzen zusätzlich zum Substitutionsmittel in gewissen Grenzen zu tolerieren bereit ist und damit auch Risiken eingeht, unter Umständen aber die Haltequote erhöht, oder ob man dies außerhalb einer regulären medizinisch-psychiatrischen Therapie völlig ablehnt, muss man sich doch über Folgendes im Klaren sein: Sucht ist nicht allein dadurch zu behandeln, dass man die Substanz, die zur Sucht geführt hat, pharmakologisch ersetzt, indem deren Rezeptor durch ein Substitut ohne nennenswerte psychotrope Wirkung besetzt wird. Es darf nicht vergessen werden, dass der Rausch für den Betroffenen eine Funktion erfüllt hat, die dann plötzlich wegfällt. Weiterhin ist von Bedeutung, dass der größte Teil der Heroinabhängigen polytoxikoman ist. Das heißt, außer Opiaten werden noch andere Substanzen konsumiert, die ersatzlos wegfallen und nicht substituiert werden. Dies hat häufig zur Folge, dass es zu Entzugserscheinungen kommt, die durch das Substitutionsmittel nicht abgefangen werden. Diese Entzugserscheinungen sind zum einen körperlicher Natur, zum anderen können auch psychische Entzugsphänomene auftreten, denn nicht jeder Rausch ist qualitativ gleich, so dass das Wegfallen der Wirkungen bestimmter Substanzen wie zum

Beispiel Beruhigung, Euphorisierung oder Anxiolyse einen starken Suchtdruck auslösen kann.

Dass das Problem der „Niedrigschwelligkeit“, in dessen Kontext der Beikonsum, wie bereits erwähnt, eine wichtige Rolle spielt, von aktueller Bedeutung ist, zeigt auch, dass sich im Februar 2003 Drogenexperten aus ganz Europa beim Europäischen Rat in Straßburg getroffen haben, um im Rahmen einer Konferenz zur Erarbeitung von Richtlinien für die Einhaltung ethischer Standards gegenüber Drogenabhängigen vor allem auch dieses Thema zu diskutieren. Laut einer im Internet veröffentlichten Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin herrscht hier keineswegs Einverständnis unter Suchtmedizinern, Medizinethikern, Politikern und der Justiz. (Pressemitteilung vom 08.02.03 unter www.dgsuchtmedizin.de).

4.5.6 Psychosoziale Betreuung

Die psychosoziale Betreuung stellt einen festen und wichtigen Bestandteil der Substitutionstherapie dar, zumindest, wenn diese Therapie als ganzheitlich und perspektivenschaffend für die Betroffenen verstanden wird und nicht als eine Problembeseitigung oder –verschiebung durch bloßes „Abfüttern“ der Abhängigen mit einem Substitutionsmittel. Ziel der psychosozialen Betreuung ist es, Probleme, die zur Sucht führten oder deren Folge sind, gemeinsam mit dem Substituierten zu bearbeiten und zu lösen und damit auch die Grundlage einer sozialen Reintegration zu schaffen.

Was die psychosoziale Betreuung alles beinhaltet, hängt zum einen vom Bedarf des jeweiligen Klienten ab, zum anderen aber auch von der Institution, die sie anbietet. Betrachtet man die Angaben, die zu dieser Thematik gemacht werden, so ist zwar festzustellen, dass der größte Teil der Befragten der Ansicht ist, von der psychosozialen Betreuung profitieren zu können, allerdings erscheint es kaum vorstellbar, dass all diejenigen, die sie als für sie nicht sinnvoll erachten (immerhin mehr als ein Viertel aller Patienten), keinen Hilfebedarf haben. Eher gewinnt man den Eindruck, dass ein Standard, der gewährleistet, dass ein auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittenes Konzept professionell angeboten werden kann, fehlt. Die recht bunte Mischung der jeweiligen Institutionen, die von der Drogenberatungsstelle über die

AIDS-Hilfe und kirchlichen Einrichtungen bis hin zum Psychotherapeuten reicht, spricht ebenfalls dafür.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die psychosoziale Betreuung zwar weitestgehend angenommen wird, aber nicht in dem Maß, wie es bei der bekannt hohen Anzahl und der Komplexität der Probleme Drogenabhängiger wünschenswert wäre.

4.6 Vergleich der Substitution mit Methadon versus Codein

4.6.1 Grundsätzliches zur Substitution mit verschiedenen Substanzen

Die Substitutionsbehandlung beruht auf dem Prinzip, dass Opiat-Rezeptoren im Nervensystem, die bisher durch das Suchtmittel, in diesem Fall Heroin, besetzt wurden, durch ein anderes Opiat besetzt werden. Dieses Substitut soll möglichst wenig Wirkung an zentralen Rezeptoren entfalten, was bedeutet, dass ein Rauschzustand ausbleibt. Es soll jedoch durch seine Rezeptorbindung das Auftreten von Entzugserscheinungen verhindern und dabei relativ gut verträglich sein. Diese Bedingungen werden sowohl von Methadon als auch von Codein hinreichend erfüllt, das heißt, beide Substanzen sind als Substitutionsmittel bei Heroinabhängigkeit geeignet. Es gibt auch noch andere Opiate, die sich als Substitutionsmittel mehr oder weniger gut eignen, und sie werden teilweise auch eingesetzt. Da sie aber bei den Probanden dieser Studie keine Rolle spielen, wird an dieser Stelle nicht weiter auf sie eingegangen.

Ein für die Substitutionsbehandlung ganz erheblicher pharmakologischer Unterschied von Methadon und Codein sind die verschieden langen Plasmahalbwertszeiten. Für Codein beträgt sie zwei bis vier und für Methadon 14 – 40 Stunden. Diese Tatsache hat Auswirkungen auf die Substitution mit diesen Substanzen. Während bei der Substitution mit Methadon ein ausreichender Wirkspiegel im Blut so lange vorhanden ist, dass es nur ein Mal täglich eingenommen werden muss, sinkt dieser Wirkspiegel bei Codein so schnell ab, dass mehrfach am Tag eine Einnahme zu erfolgen hat. In der Praxis bedeutet das, dass der mit Methadon Substituierte jeden Morgen in der Praxis des substituierenden Arztes, oder je nach Bundesland und dortigem Substitutionsmodus auch in einer Apotheke, erscheinen muss, um an Ort und Stelle kontrolliert das Substitut einzunehmen. Diese Praxis ist bei einer Codein-Substitution nicht möglich. Theoretisch

müsste der Betroffene entweder mehrmals täglich in Praxis oder Apotheke erscheinen, oder er müsste mehrere Einzeldosen Codein mit nach Hause bekommen, was ein Mißbrauchsrisiko in sich birgt. So wäre es denkbar, dass das Substitutionsmittel weiterverkauft oder aber intravenös appliziert wird, was sehr gefährlich ist.

Neben diesen, die Durchführung der Behandlung beeinflussenden verschiedenen Eigenschaften, sind aber auch Unterschiede in der Wirkung zu erwähnen, die von Gegnern der Codein-Substitution gerne angeführt werden. So sind die Wirkstoffspiegelschwankungen drastischer als bei Methadon. Das heißt, der Spiegel fällt schneller ab, und durch die erneute Einnahme kommt es zu Spiegelspitzen. Dieses „Hin-und-Her“ kann sich in Wirkung und Nebenwirkung niederschlagen. So kann es mit höherer Wahrscheinlichkeit zu vegetativen Nebenwirkungen wie zum Beispiel Schweißausbrüchen oder aber zu Stimmungsschwankungen kommen.

Die Gründe dafür, dass Substitutionsbehandlung mit Codein in einem doch relativ großen Ausmaß durchgeführt wurde (in dieser Untersuchung wurden ein Drittel der Probanden mit Codein substituiert), sind bis auf wenige Ausnahmen pragmatischer Natur. Einerseits ist Codein als Medikament seit langem bekannt und geläufig und wird vor allem als Antitussivum und als Analgetikum eingesetzt. Daher führten schon bevor Substitutionsprogramme in Deutschland verbreitet waren, einzelne Ärzte Substitutionstherapien durch, indem sie ihren Patienten Codein verschrieben. Das war unkompliziert, da Codein nicht, anders als Methadon, dem Betäubungsmittelschutzgesetz unterlag und somit ein einfaches Rezept genügte. Zum Erhebungszeitpunkt verhielt sich dies ebenso. Das hatte in manchen Fällen sowohl für den Patienten als auch für den substituierenden Arzt Vorteile. So entfielen die für Substitutionsprogramme geltenden Regelungen und Vorschriften wie beispielsweise die verpflichtende Teilnahme an psychosozialer Beratung. Für den Arzt reduzierte sich der administrative Aufwand, da die Dokumentation der Therapie weniger umfangreich war und Rückmeldungen an das Gesundheitsamt entfielen. Ein weiterer, entscheidender Vorteil bestand jedoch darin, dass eine sogenannte „Take-Home-Regelung“ wesentlich leichter durchgeführt werden konnte. Das heißt, man gibt dem Patienten sein Substitutionsmittel für einige Tage mit, um ihm das tägliche Erscheinen in der Praxis zu ersparen. Dies ist vor allem für Patienten, die einer Arbeit nachgehen und deshalb den

Praxisbesuch nicht in ihrem Tagesablauf unterbringen können, von großer Bedeutung. Eine solche Regelung war in den Substitutionsprogrammen eigentlich nicht vorgesehen, vor allem weil man Mißbrauch befürchtet, also dass das Substitutionsmittel auf dem Schwarzmarkt landet oder dass es intravenös appliziert wird.

Diese Situation hat sich seit der 10. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, die am 1. Februar 1998 in Kraft trat, grundlegend geändert. Seit diesem Zeitpunkt muss auch für Codein in den zur Substitution notwendigen Mengen ein spezielles Betäubungsmittel-Rezept ausgestellt werden, außerdem muss ein Rezept, auf dem eine Substanz, welche zur Substitutionsbehandlung eingesetzt wird, extra gekennzeichnet werden.

4.6.2 Zum Vergleich selbst

4.6.2.1 Zielsetzung, Durchführung und beeinflussende Faktoren

Ziel dieses Vergleiches ist es, herauszufinden, ob sich die Probanden, die mit Methadon substituiert werden, von denen, die mit Codein substituiert werden, in einzelnen Bereichen, die hier untersucht wurden, unterscheiden. Zu diesem Zweck wurden insgesamt 61 Items des der Untersuchung zugrundeliegenden Fragebogens dahingehend statistisch ausgewertet und nach signifikanten Unterschieden gesucht. Diese 61 Items wurden unter der Voraussetzung ausgewählt, dass sie dahingehend aussagekräftig sind, ob es zwischen den zwei Vergleichsgruppen in den verschiedenen Bereichen, die im Kontext der Substitution interessant sind, also die gesundheitliche, die soziale und die juristische Situation sowie die Rehabilitation, Unterschiede gibt. Zum anderen waren die Items von Interesse, die sich mit den direkten Effekten der jeweiligen Substanz selbst, also unerwünschten Nebenwirkungen und durch pharmakologische Unterschiede bedingte Eigenheiten, befassen.

Ein die Aussagekraft dieser Ergebnisse erheblich beeinträchtigender Faktor soll hier gleich zu Beginn erwähnt werden. Es handelt sich hierbei um die Selektion der Patienten seitens des substituierenden Arztes, von der aufgrund der oben bereits genannten Bedingungen der Substitution mit den beiden verschiedenen Substitutionsmitteln ausgegangen werden muss.

Da die Codein-Substitution eine höhere Zuverlässigkeit des Patienten erfordert, weil ihm die Dosis für mindestens einen Tag mitgegeben werden muss, wird ein Arzt jemanden, den er als eher unzuverlässig einschätzt, kaum auf diese Art substituieren. (Dass ein Patient mehrfach täglich die Praxis aufsucht, ist nicht durchführbar, da sowohl seine als auch die Belastung der jeweiligen Arztpraxis inakzeptabel hoch wäre.) Ebenso ist es wahrscheinlicher, dass ein Patient, der eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle hat und für den ein allmorgendliches Erscheinen nicht oder nur schwer möglich wäre, mit Codein substituiert wird, um ihm per „Take-Home-Regelung“ Praxisbesuche in größeren Intervallen zu ermöglichen.

Somit ist zu erwarten, dass die Codein-Patienten sozial besser integriert sind und dass zumindest ein Teil von ihnen eine nicht ganz so drastische Drogenkarriere hinter sich hat. Das müsste sich niederschlagen in Bereichen, die mit dem sozialen Kontext zu tun haben wie Arbeits-, Wohn-, Finanz-, juristische Situation oder auch Sozialkontakte.

4.6.2.2 Die Ergebnisse im Überblick

Signifikante Ergebnisse wurden bei 24 der 61 untersuchten Items gefunden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der größte Teil der gefundenen Unterschiede durch den in 4.6.2.1. bereits erwähnten Selektionseffekt erklären lässt. So finden sich die erwarteten Unterschiede im gesundheitlichen, sozialen und rehabilitativen Bereich und zwar sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch bei den Items, die sich auf die Verhältnisse vor Beginn der Substitutionsbehandlung beziehen, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass die These der Selektion durch den substituierenden Arzt ihre Richtigkeit hat.

Bei den Items, bei denen man aufgrund der pharmakologischen Unterschiede der beiden Substitutionsmittel durchaus mit Unterschieden rechnen könnte, finden sich keine signifikanten Ergebnisse, nach denen eine Substanz der anderen überlegen wäre. Das entkräftet die Aussagen durchaus ernstzunehmender Institutionen wie dem Bundesgesundheitsamt, wonach Codein den Substitutionspatienten durch Schwankungen des physischen und psychischen Zustandes aufgrund von Wirkstoffspiegelunregelmäßigkeiten über die Maßen belaste und daher für die

Substitution ungeeignet sei, erheblich, auf deren Grundlage immerhin Gesetze erlassen beziehungsweise verändert werden.

4.6.2.3 Die Ergebnisse im Einzelnen

Wie bereits beschrieben, entsprechen die durch die Selektion der Patienten durch den substituierenden Arzt beeinflussten Ergebnisse den Erwartungen. So waren mehr Methadon-Patienten vor Substitution arbeitslos als Codein-Patienten, mehr Methadon-Patienten bestritten ihren Lebensunterhalt durch Kriminalität, wobei sich konkret bei den Delikten Drogenhandel und Einbrüche signifikante Unterschiede zeigten. Dementsprechend stellte sich auch die juristische Situation vor Substitution dar. Signifikant mehr Methadon-Patienten hatten offene Strafverfahren oder hatten mit juristischen Sanktionen aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelschutzgesetz zu rechnen. In diesen beiden Fällen war kein einziger Codein-Patient betroffen. Auch was die Wohnsituation angeht, gibt es einen Hinweis darauf, dass die Codein-Patienten diesbezüglich bessergestellt sind als die Methadon-Patienten, denn es hatte sich für mehr Methadon-Patienten die Wohnsituation im Verlauf der Substitution verbessert.

Es finden sich in den Ergebnissen auch Hinweise darauf, dass unter den mit Methadon Substituierten mehr Patienten sind, die sich an einem Punkt befinden, an dem sie schwerst beeinträchtigt sind, sowohl im sozialen, im psychischen als auch im somatisch-gesundheitlichen Bereich. Es gibt mehr Methadon-Patienten, die es als Nachteil der Substitution sehen, dass sie ihre früheren Kontakte verloren haben, was darauf hindeutet, dass sie sich durch ihre Suchterkrankung an den Rand der Gesellschaft manövriert haben und ihre sozialen Bezugspunkte überwiegend in der Subkultur der Drogenabhängigen haben. Denselben Trend bestätigt auch das Ergebnis, dass mehr Methadon-Patienten angeben, dass es ihnen fehlt, mit jemandem reden zu können. Ob nun der höhere Alkoholkonsum der Codein-Patienten vor Substitution aus einer besseren sozialen Integration resultiert, die sich in diesem Fall im vermehrten Konsum der Droge der Durchschnittsbevölkerung manifestiert, ist sicher rein spekulativ, könnte aber dennoch eine Erklärung dafür sein. Für eine höhere psychische Beeinträchtigung der Methadon-Patienten spricht, dass von ihnen als Nachteil der Substitution häufiger

angegeben wird, dass alles „so normal“ sei. Dies zeugt von einer verminderten Erlebnisfähigkeit, einer Folge davon, dass positive Erlebnisse über lange Zeit nur noch im Rausch auftraten. Dies erklärt wohl auch, warum mehr Methadon-Patienten schöne Situationen als Grund für ihren Beikonsum angeben. Was den somatisch-gesundheitlichen Zustand angeht, fällt unter den Methadon-Patienten die signifikant höhere Anzahl derer mit chronischer Hepatitis auf.

Nun finden sich aber auch Ergebnisse, die nicht dadurch tangiert werden, dass, überspitzt formuliert, die stabileren und gesünderen Substituierten eben Codein bekommen und der Rest Methadon. Zu diesen Ergebnissen zählen beispielsweise Nebenwirkungen, bei denen davon auszugehen ist, dass sie unmittelbar mit der sie auslösenden Substanz zu tun haben. Von all den abgefragten Nebenwirkungen finden sich nur zwei, bei denen signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen gefunden werden. So leiden Codein-Patienten mehr unter Übelkeit und Methadon-Patienten mehr unter Potenzstörungen. Wesentlich interessanter in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass sich bei allen anderen Nebenwirkungen, immerhin zehn verschiedene, keine signifikanten Unterschiede zeigen. Ebenso wenig gibt es signifikante Unterschiede beim psychischen Gesundheitszustand oder beim Beikonsum, obwohl man genau bei diesen Punkten Nachteile der Codein-Substitution erwartet hätte, wenn man einer Pressemitteilung des Bundesgesundheitsamtes folgt, in der es heißt: „Codein und Dihydrocodein sind aufgrund ihrer pharmakologischen Eigenschaften, das heißt aufgrund ihrer kurzen Plasmahalbwertszeit und des Bedarfs an relativ hohen Dosen, als Substitutionsmittel für Drogenabhängige nicht geeignet. Diese substanzbedingten Eigenschaften haben für den Abhängigen die Folge, dass mehrmalige tägliche Einnahmen erforderlich sind. Durch das „Auf und Ab“ der Wirkstoffmenge im Blut ist der physische und psychische Zustand des Patienten erheblichen Schwankungen unterworfen; er ist auf Zeitpunkt und Höhe der nächsten Dosis fixiert.“

Diese Befürchtungen lassen sich anhand der in dieser Untersuchung erhobenen Daten nicht bestätigen. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass es den mit Codein Substituierten besser erginge, wenn sie auf Methadon umgestellt würden, was jedoch gefordert wird, wie sich einer Pressemitteilung vom zweiten Februar 1998 des

Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte entnehmen lässt, wonach den substituierenden Ärzten eine Frist von fünf Monaten gesetzt wird, um ihre Codein-Substituierten auf Methadon umzustellen. Diese Maßnahme erscheint vor dem Hintergrund, dass offensichtlich der Therapieerfolg der Substitution nicht primär vom verwendeten Substitutionsmittel abhängt, was Verthein und Kollegen in einer Vergleichsstudie von Codein- und Methadon-Substitution 1996 ebenfalls festgestellt hatten (Verthein et al., 1996). Vielmehr ist mit erheblichen Komplikationen zu rechnen, wie sie bei jeder medikamentösen Umstellung auftreten können (Unverträglichkeitsreaktionen, Schwankungen im physischen und psychischen Wohlbefinden, Beeinträchtigung der Compliance). Im ungünstigsten Fall wäre auch mit Rückfällen zu rechnen.

Somit tut ein substituierender Arzt gut daran, getreu der Devise „Never change a winning team“ zu verfahren, und einen stabil auf Codein eingestellten Substitutions-Patienten mit dieser Substanz weiterzubehandeln, soweit es ihm die gesetzlichen Rahmenbedingungen erlauben.

5 Zusammenfassung

Die Substitutionstherapie ist eine Behandlungsmethode der Opiatabhängigkeit, die seit den 60er-Jahren bekannt ist. Sie beruht auf dem Prinzip, körpereigene Opiatrezeptoren durch ein Substitutionsmittel zu besetzen, an die sich sonst das als Rauschmittel eingesetzte Opiat anlagern würde, um seine Wirkung zu entfalten. Dazu werden Opiate beziehungsweise synthetische Opioide eingesetzt, die keinen oder allenfalls einen minimalen psychotropen Effekt zeigen. So wird ein Entzugssyndrom vermieden, ohne dass die ursprüngliche Droge zugeführt wird. Dadurch stabilisiert sich der Patient. Der Gesundheitszustand kann sich verbessern, da Risiken und schädliche Einflüsse wie tägliche intravenöse Injektionen unter oft unzureichenden hygienischen Bedingungen, Prostitution im Rahmen der Beschaffungskriminalität und ein sich selbst vernachlässigender Lebensstil vermieden oder zumindest vermindert werden. Durch den Wegfall immer wiederkehrender Einflüsse auf die Psyche durch Rauschmittel stabilisiert sich auch der psychische Gesundheitszustand. Der Druck, sich täglich Drogen und die dafür erforderlichen hohen Geldbeträge beschaffen zu müssen, entfällt. Damit muss der Abhängige nicht mehr zu kriminellen Methoden greifen, die in den meisten Fällen zur Finanzierung der Sucht eingesetzt werden.

Die Substitutionstherapie beinhaltet neben der pharmakologischen Behandlung der Abhängigkeit auch flankierende Maßnahmen, zusammenfassend psychosoziale Betreuung genannt. Hier werden die im Kontext einer Abhängigkeitserkrankung stehenden Problemfelder psychiatrische Komorbidität und soziale Desintegration bearbeitet. Das Spektrum dieser Betreuung reicht von der Psychotherapie bis zu sozialen Beratungsangeboten wie beispielsweise Schuldnerberatung oder rehabilitativen Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben.

Die Substitutionstherapie ist eine ganzheitliche, perspektivenschaffende Therapieform, deren Ziele eine Verbesserung oder zumindest Stabilisierung der somatischen und psychischen Gesundheitssituation, Rehabilitation und soziale Reintegration sind.

Diese Arbeit hat zwei Hauptfragestellungen. Als erstes die Evaluation der Substitutionsbehandlung, das heißt, zu überprüfen, inwieweit sie die oben genannten Ziele erreicht werden, als zweites die Untersuchung, ob sich zwischen den

Substituierten, welche Methadon erhalten und denen, die mit Codein substituiert werden, signifikante Unterschiede finden.

Zu diesem Zweck wurden 86 Substitutionspatienten aus dem Kreis Tübingen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Dieses Interview umfasste die für die Fragestellung relevanten Bereiche rund um den substituierten Patienten. Im Einzelnen waren dies neben biografischen und anamnestischen Daten die somatische und psychische Gesundheitssituation und der soziale Bereich, der unter anderem soziale Kontakte, soziale Integration, Beruf und Arbeit sowie die finanzielle und juristische Situation umfasst. Zur Erfassung von Verlaufstendenzen wurde bei einzelnen Fragestellungen ein Vergleich zur Zeit vor der Substitutionsbehandlung erfragt. Ein weiterer Schwerpunkt lag bei der Durchführung und den Regelungen der Substitutionsbehandlung mit der Absicht, Stärken und Schwächen herauszufinden und kausale Zusammenhänge zu den Ergebnissen der Evaluation zu finden.

Die Ergebnisse zeigen einerseits, dass die Probandengruppe, wie für Drogenabhängige typisch und auch in der Fachliteratur in ähnlichem Ausmaß beschrieben, gesundheitlich und sozial stark belastet ist. Viele Patienten leiden unter chronischen somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Hepatitis oder HIV und an psychischen Störungen wie Depressionen und Angstzuständen. An sozialen Problemen finden sich vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, juristische Belastung und gesellschaftliche Desintegration. Andererseits kann festgestellt werden, dass sich unter der Substitutionstherapie für den überwiegenden Teil der Patienten deutliche Verbesserungen ergeben haben.

Die Gesundheit betreffend wurde vom überwiegenden Teil sowohl eine Verbesserung angegeben als auch eine zum Zeitpunkt der Erhebung eher positive Situation. Dies erscheint vordergründig in Anbetracht des häufigen Vorliegens chronischer Erkrankungen wie Hepatitis und HIV und psychischer Störungen wie depressive Verstimmung und Ängste etwas widersprüchlich, lässt sich aber durch eine Verbesserung der Gesamtsituation, wodurch die Symptome nicht so sehr zum Tragen kommen und durch regelmäßige medizinische Betreuung hinreichend erklären. Der gesundheitliche Aspekt war auch für viele der Befragten eine der Motivationen, eine Substitutionstherapie zu beginnen.

Auch im sozialen Bereich verhält es sich ähnlich. Trotz größtenteils eher niedriger Einkünfte und erheblicher Schuldenlast hat sich die finanzielle Lage für die meisten Patienten zum Positiven hin entwickelt. Die weggefallene Notwendigkeit, hohe Summen für Drogen aufbringen zu müssen, erklärt dies. Bei den Einkommensquellen lässt sich feststellen, dass illegale Geldbeschaffung ganz im Gegensatz zur Zeit vor Beginn der Substitutionsbehandlung deutlich in den Hintergrund getreten ist. Damit kann die Frage nach Legalbewährung deutlich bejaht werden. Allerdings hat sich die Beschäftigungsquote nicht verbessert. Dennoch sind auch hier Verbesserungstendenzen klar zu erkennen, denn einer großen Zahl der Patienten hat die Substitution den Beginn von Qualifizierungsmaßnahmen wie Ausbildung oder Umschulung ermöglicht. An diesem Punkt wird besonders deutlich, dass die teilweise noch recht kurze Laufzeit der Substitutionstherapie bei einzelnen Patienten in der Beurteilung berücksichtigt werden muss, und dass die Therapie als ein längerfristiger Prozess zu verstehen ist, der in einzelnen Bereichen kurzfristig meist keine spektakulären Erfolge hervorzubringen vermag. Dies gilt ebenfalls für die soziale Reintegration. Aus den Ergebnissen ist zu ersehen, dass die Patienten durchaus motiviert sind und Initiativen ergriffen haben, sich aus der Subkultur der Drogenszene herauszulösen, um sich der Gesellschaft wieder zuzuwenden, dass ihnen das aber nur sehr schwer gelingt. So sind viele noch in ihrem alten Bekanntenkreis verwurzelt und haben regelmäßig Kontakt zur Szene. Häufig wird der Verlust der alten Bindungen als schmerzlich empfunden. Vor dem Hintergrund, dass Suchtkranke im Laufe der Zeit häufig komplett aus ihrem einstigen sozialen Kontext herausfallen und sich einen neuen in der Drogenszene aufbauen, wo ihre Art zu leben verstanden wird und nicht auf Ablehnung stößt, wird nachvollziehbar, dass es in vielen Fällen sehr schwer ist, schlagartig neue soziale Bezugspunkte zu setzen und die alten vollständig aufzugeben. Es droht die Vereinsamung, die in der schwierigen Lebenssituation, in der sich die Patienten befinden, einen besonders belastenden Zustand darstellt. Im familiären Umfeld ist die Situation ähnlich. Die Verbesserung des Verhältnisses zu Eltern, Partner, Kindern und anderen Angehörigen ist für die Mehrzahl der Patienten erstrebenswert, kommt aber nur langsam in Gang und ist vielen noch nicht gelungen. Hier dürfte eine große Rolle spielen, dass viele Abhängigkeitskranke eine Persönlichkeitsveränderung durchmachen, wodurch sie sich einst nahe stehenden

Personen entfremden. Daher bedarf es oft großer Anstrengungen und viel Zeit, um Beziehungen wieder aufzubauen.

Bei allen positiven Aspekten und Erleichterungen für die Patienten treten im Rahmen der Substitutionsbehandlung auch Probleme auf. So stellt die Therapieform an sich eine gewisse Belastung dar. Besonders das tägliche Erscheinen in der Praxis des substituierenden Arztes ist ein erheblicher Eingriff in die Tagesstruktur der Patienten. Ebenso ist es für viele der Probanden unangenehm, dass sie sich immer als Patient fühlen und dass sie weiterhin von einer Substanz abhängig sind.

Ein weiteres Problem der Substitutionstherapie, das sich auch in nahezu allen Studien zu dieser Thematik findet, ist der sogenannte Beikonsum, also das Einnehmen von Drogen zusätzlich zum Substitutionsmittel. Hier spielen vor allem Cannabis, Benzodiazepine und Alkohol eine Rolle. Für die Hartnäckigkeit, mit der Beikonsum in der Substitutionsbehandlung auftritt, gibt es verschiedene Erklärungen. Ein Grund dafür ist, dass die meisten Patienten nicht nur opiatabhängig sind, sondern polytoxikoman, das heißt, sie konsumieren mehrere verschiedene Drogen. Da das Substitut nur die Opiate ersetzt, kann es beim plötzlichen Absetzen der anderen Drogen, an die der Patient gewöhnt oder von denen er gar abhängig ist, zu Entzugserscheinungen kommen. Aber auch ein plötzlicher Verzicht auf jeglichen Rausch fällt vielen Patienten schwer, denn der Rausch ermöglicht eine Flucht aus dem grauen Alltag und aus Konfliktsituationen, mit denen man sich sonst auseinandersetzen müsste. Oft werden Drogen auch im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzt, was besonders für Medikamente wie Tranquillizer gilt. Hier besteht ein Zusammenhang zur eingangs erwähnten psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken. Obwohl die Beikonsumproblematik im Rahmen der Substitutionstherapie keineswegs verharmlost werden soll, muss man doch feststellen, dass der Drogenkonsum unter der Therapie deutlich zurückgegangen ist. Vor allem die intravenöse Applikationsform, die ein besonders hohes gesundheitliches Risiko mit sich bringt, wird in deutlich geringerem Ausmaß angewandt. Weiterhin strebt ein großer Teil der Patienten eine weitere Verringerung oder eine abstinenten Lebensführung an.

Ein sehr wichtiger Bestandteil der Substitutionstherapie ist die psychosoziale Betreuung. Es fällt auf, dass beinahe ein Drittel der Patienten diese Betreuung nicht in

Anspruch nimmt. Ein Grund dafür könnte ein nicht ganz adäquates Angebot sein, denn betrachtet man die Institutionen, die genannt werden, so entsteht der Eindruck, dass es keine festen Regelungen gibt, wer diese Betreuung in welcher Form anbietet. So sind Einrichtungen wie AIDS-Hilfe oder kirchliche Beratungsstellen darunter, die zwar sicherlich motiviert sind, denen aber häufig die entsprechende Kompetenz fehlen dürfte. Da eine Abhängigkeitserkrankung sehr komplex ist, bedarf es neben Experten wie Sozialarbeitern, die sich um die sozialen Belange kümmern, auch professioneller psychotherapeutischer Hilfe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Substitutionstherapie bei den Probanden durchaus geeignet ist, die angestrebten Therapieziele zu erreichen. Allerdings erfordert sie Zeit und intensive therapeutische Begleitung. Am ehesten sind Unzulänglichkeiten im Bereich der psychosozialen Betreuung zu finden. Hier wären mehr kompetente, speziell auf die Bedürfnisse der suchtkranken Patienten abgestimmte Angebote notwendig. Insbesondere der psychotherapeutische Ansatz sollte mehr im Vordergrund stehen.

Bei der Frage nach signifikanten Unterschieden zwischen den Substituierten der beiden verwendeten Substitutionsmittel Methadon und Codein interessierte auch die Frage, ob und inwieweit sich die gefundenen Unterschiede durch die verschiedenen Eigenschaften der Substanzen erklären lassen oder durch Selektion der Patienten aufgrund der durch die damalige Rechtslage bedingten spezifischen Substitutionsmodi. Es wurden 61 der insgesamt 102 Items statistisch daraufhin untersucht.

Es fanden sich bei 24 der 61 untersuchten Items signifikante Unterschiede. Es ist klar ersichtlich, dass sich die mit Methadon substituierten Patienten in einer schlechteren gesundheitlichen und sozialen Situation befinden. Dieses Ergebnis war zu erwarten, da zum Zeitpunkt der Befragung die Rechtslage eine sogenannte „graue“ Substitution mit Codein zuließ. Das heißt, Codein konnte unkompliziert verschrieben werden, da es nicht dem Betäubungsmittelschutzgesetz unterlag. Damit war es möglich, die strengen Richtlinien, die für die Substitution galten, zu umgehen, was eine flexiblere Handhabung ermöglichte und einen geringeren administrativen Aufwand nach sich zog. Dies bot sich besonders für Patienten an, für die es nicht möglich war, täglich in der Arztpraxis zu erscheinen, um das Substitutionsmittel einzunehmen, beispielsweise, weil

sie eine Arbeitsstelle hatten. Diesen Patienten wurde das Codein für mehrere Tage mitgegeben. Diese Praxis war in der Substitutionsbehandlung eigentlich nicht vorgesehen. Selbst wenn es nicht für mehrere Tage mitgegeben wurde, musste der Patient doch zumindest eine Dosis mit nach Hause nehmen, da Codein aufgrund seiner im Vergleich zu Methadon kurzen Halbwertszeit mindestens zwei Mal pro Tag eingenommen werden muss. Daher wurden eher die stabileren und zuverlässigeren Patienten mit Codein substituiert, da es ein Missbrauchsrisiko in sich birgt, wenn dem Patienten das Substitutionsmittel in Eigenverantwortung überlassen wird.

Methadon ist aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften dem Codein zumindest theoretisch als Substitutionsmittel überlegen, da es aufgrund seiner längeren Halbwertszeit zu geringeren Wirkstoffspiegelschwankungen kommt. Daraus könnte man schlussfolgern, dass Methadon verträglicher ist als Codein, dass also weniger Nebenwirkungen auftreten und weniger zentralnervös bedingte Störungen wie zum Beispiel Affektstörungen. Dafür ergeben die Ergebnisse keinen Hinweis. Somit ergibt sich auch keine medizinisch gerechtfertigte Forderung, mit Codein erfolgreich substituierte Patienten zwangsweise auf Methadon umzustellen.

6 Literaturverzeichnis

- Callaly T., Trauer T., Munro L., Whelan G. (2001)
Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population
Aust N Z J Psychiatry, 35, 601-5
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2000)
Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V, 4. Auflage
Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto
139; 225-251
- Dole, V.P., Newman, R.G., Joseph, H. (1991)
Heroin addiction: a public health problem
Medicine North America, 15, 1943 – 1945
- Elsner, H., (1998)
Beobachtung zum Konsum von Benzodiazepinen bei methadonsubstituierten Patienten
(sog. Beigebrauch)
Sucht, 44, 273 – 275
- Fuchs, W. (1992)
Stand und Perspektiven der Methadonvergabe in der Schweiz
In: Bossong, H., Stöver, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden
Campus, Frankfurt
198-219
- Grönbladh, L., Gunne, L.M. (1989)
Methadone-assisted rehabilitation of swedish heroin addicts
Drug Alcohol Depend, 24, 31 – 37
- Krystal, H., Raskin, A. H. (1983)
Drogensucht – Aspekte der Ich-Funktion
Verlag für medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Kuntze, M., Ladewig, D., Stohler, R. (1997)
Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in
der ambulanten Versorgung
Sucht, 44, 95–103
- Loimer, N. (1992)
Vier Jahre Methadonsubstitutionstherapie in Österreich
Wien Klin Wochenschr, 104, 583-588
- Post, U. (1997)
Psychosoziale Integration unter mehrjähriger Methadonsubstitution
Sucht, 43, 56-61

Raschke, P., Verthein, u., Kalke, J., Substitution in Hamburg-Methadonbehandlung Opiatabhängiger von 1990 bis 1995, Bericht der Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Ärztekammer Hamburg und des „Fachverbands Ambulante Therapie (FAT)“, Hamburg 1996, 52-69

Riefler, E. (2000)

Methadonsubstitution bei Opiatabhängigkeit?

Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt a. M., Berlin, Bern 190

Rittmannsberger, H., Ruschak, M., Siberbauer, C. (1994)

Methadonsubstitutionsbehandlung

Nervenarzt, 65, 338-344

Scherbaum, N., Bender, S. (1995)

Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung mit Methadon
Sucht, 41, 18-24

Schmid, A. (1997)

Welchen Stellenwert hat ein niederschwelliges Methadonprogramm in der Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit?

Med. Dissertation, Universität Zürich

Sells, S. B., Simpson, D. D. (1980)

The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program
Addiction, 75, 117 – 131

Teegen, F., Zumbeck, S. (2000)

Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei Substanzabhängigen

Psychotherapeut, 45, 44 – 49

Uchtenhagen, A. (1988)

Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon: zürcherische Richtlinien und Auswertung der Therapieresultate

Schweiz-Rundsch-Med-Prax., 77, 351-353

Verthein, U., Degkwitz, P., Haasen, C., Raschke, P., Krausz, M. (1996)

Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit Codein/Dihydrocodein und Methadon – ein Kontrollgruppenvergleich

Sucht, 42, 115

Walger, P., Baumgart, P., Wilke, K., Kupfer, U., von Eiff, M., Dorst, K. (1989)

Medizinische und psychosoziale Effekte der Methadonsubstitution HIV-Infizierter Drogenabhängiger

Psychother Psychosom Med Psychol, 39, 381-389

Internet-Quelle

Presseerklärung zur Kriminalisierung der niederschweligen Drogenarbeit durch die Staatsanwaltschaft Bielefeld, 08.02.2003

Herausgeber: Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin, Dr. Gölz, Prof. Krausz, Dr. Behrendt

www.dgsuchtmedizin.de/veroeffentlichungen/pressemitteilungen/presse.17/index.html

7 Anhang

Klientenfragebogen

Patient Nr.:

Behandelnder Arzt:

M = mehrere Antwortmöglichkeiten können gewählt werden

1. Ausfülldatum: [][] Monat [][] Jahr
2. Geschlecht:
 - Männlich.
 - Weiblich.
3. Staatsangehörigkeit:
4. Geburtsjahr: 19 [][]
5. a) An welchem Ort wohnen Sie direkt vor der Substitution?
b) An welchem Ort wohnen Sie jetzt?
6. Wieviele Einwohner hat der Ort etwa?
 - a) Wohnort vor Substitution: [][][][][][][][]
 - b) Wohnort jetzt: [][][][][][][][]
7. In welchem Bundesland liegt der Ort?
 - a) Wohnort vor Substitution:
 - b) Wohnort jetzt:
8. Wo sind Sie krankenversichert?
 - Beim Sozialamt.
 - Bei einer Krankenkasse.
 - Gar nicht.
9. Wer ist der Kostenträger Ihrer Substitutionsbehandlung?
 - Sozialhilfeträger. BfA. Krankenkasse.
 - LVA. Anderer Rentenversicherungsträger.
 - Zur Zeit noch unklar.
 - Sonstige:
10. Über wieviele Behandlungsmöglichkeiten haben Sie sich konkret informiert?
11. Wer hat den Kontakt zwischen Ihnen und Ihrem substituierenden Arzt vermittelt?

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Selbstmelder. <input type="radio"/> Partner/Familie/Freunde. <input type="radio"/> Schule/Arbeitgeber. <input type="radio"/> Niedergel. Arzt. <input type="radio"/> PSB. <input type="radio"/> Andere Beratungsstelle. <input type="radio"/> Stat. Entzugseinrichtung. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ambulante Nachsorge. <input type="radio"/> Krankenhaus (keine Entgiftung). <input type="radio"/> JVA/Justiz. <input type="radio"/> Gesundheitsamt. <input type="radio"/> Rentenversicherungsträger. <input type="radio"/> Krankenkasse. <input type="radio"/> Selbsthilfegruppe.
--	--

M

- Stat. Drogentherapie. Unklar/unbekannt.
 Stat. Nachsorge. Sonstige.

12. Welche Ersatzmittel erhalten Sie zur Zeit, in welcher Dosierung?
 Mittel: _____ ca. [][] pro Tag.
 Mittel: _____ ca. [][] pro Tag.
13. Wie lange sind Sie bei diesem Arzt in Substitutionsbehandlung?
 Ich bin seit ca. [][] Monaten (oder ca. [][] Jahren) bei diesem Arzt.
14. Waren Sie früher schon in Substitutionsbehandlung?
 Ja, früher schon in Substitution.
 Nein.
 Wenn ja, von wann bis wann?
 von [][] Monat [][] Jahr bis [][] Monat [][] Jahr.
 von [][] Monat [][] Jahr bis [][] Monat [][] Jahr.
15. Gab es mal oder gibt es zur Zeit Probleme mit der Dosierung Ihres Ersatzmittels?
M Ja, es gab früher mal Dosierungsprobleme.
 Ja, es gibt zur Zeit Dosierungsprobleme.
 Ja, es gibt immer mal wieder Dosierungsprobleme.
 Nein, es gab nie Dosierungsprobleme.
16. Wie kommen Sie insgesamt mit dem Ersatzmittel zurecht?
 Sehr gut.
 Eher gut.
 Eher schlecht.
 Sehr schlecht.
17. Gibt es bei Ihnen Nebenwirkungen des Ersatzmittels?
 Keine Nebenwirkungen.
 Ja-aber kein großes Problem.
 Ja, problematische Nebenwirkungen.

Wenn Sie Nebenwirkungen haben, welche bedeuten für Sie eine starke Beeinträchtigung?

- M** Schwitzen.
 Schlafstörungen.
 Zustände von Atemnot.
 Gefühl der inneren Unruhe (oder motorische Unruhe).
 Übelkeit, Magenbeschwerden.
 Verstopfung, Probleme beim Stuhlgang.
 Probleme beim Wasserlassen.
 Unregelmäßigkeiten/Ausbleiben der Regel.
 Gliederschmerzen.
 Potenzstörungen, verminderte sexuelle Erregbarkeit.
 Häufige Müdigkeit.
 Anderes:

18. Sind Sie neben der ärztlichen Betreuung in weiterer psychosozialer Betreuung?
 Keine weitere Betreuung.
 Zeitweise in Betreuung.

- Ich bin seit ca. [][] Monaten (oder ca. [][] Jahren) in psychosozialer Betreuung.
- Anderes.

Wenn Sie in psychosozialer Betreuung sind, wie häufig ist der Kontakt?
(Einzel- oder Gruppengespräche)

- Mehrmals pro Woche.
- Einmal pro Woche.
- Etwa einmal pro Monat.
- Nur bei Bedarf.

Wenn Sie in psychosozialer Betreuung sind, in welcher Einrichtung findet sie statt?

- Drogenberatungsstelle.
- Ambulante Therapie.
- Einzelbetreuung bei Psychologen oder ähnliches.
- Anderes:

19. Was halten Sie von psychosozialer Betreuung?

- Für mich sinnvoll.
- Von Fall zu Fall sinnvoll.
- Für mich überflüssig.

20. Sie benutzen jetzt ja seit einiger Zeit Ersatzmittel.

Was waren Ihre Gründe, auf Ersatzstoff umzusteigen, und was erhoffen Sie sich davon?

M

- Ich habe weniger Beschaffungsstreß.
- Stabilisierung und/oder Verbesserung meiner Gesundheit.
- Verbesserung oder Erhaltung meiner sozialen Situation (Arbeit, Wohnung...).
- Ich bin mit einer "Cleantherapie" nicht klargekommen.
- Ich lehne eine "Cleantherapie" ab.
- Die Substitution ist für mich der einzige Ausweg.
- Ich habe eine Therapieauflage.
- Mein/-e Partner/-in ist auch in Substitution.
- Anderes:

21. Was war für Sie der Anlaß, mit der Substitution zu beginnen?

M

- Ich habe mich freiwillig dazu entschlossen.
- Ich habe meinem/-r Partner/-in zuliebe damit begonnen.
- Ich wollte einer drohenden Haftstrafe entgehen.
- Es ist die Fortführung meiner im Krankenhaus oder in Haft begonnenen Substitution.
- Ich sah keinen anderen Ausweg mehr.
- Anderes:

22. Sie bekommen ja nun seit einiger Zeit Ersatzmittel.

Was denken Sie, wie lange Sie in der Substitution bleiben werden?

- Ich denke, daß ich für immer dabeibleiben werde.
- Ich werde bestimmt noch für 5 Jahre dabeibleiben.
- Ich werde bestimmt noch 1-3 Jahre dabeibleiben.
- Ich will innerhalb des nächsten Jahres das Mittel absetzen.
- Ich werde zur Zeit herunterdosiert (ausgeschlichen) mit der Absicht, das Mittel abzusetzen.
- Ich habe die Absicht, die Substitution in Kürze abzubrechen.

- Ⓒ Anderes:
23. Wenn Sie eine Art Bilanz ziehen über die Zeit, seit Sie mit der Substitution begonnen haben, was sind für Sie die wichtigsten Vorteile, die sich für Sie tatsächlich ergeben haben?
- M**
- Ⓒ Stabilisierung/Besserung meiner Gesundheit.
 - Ⓒ Stabilisierung meines psychischen Befindens.
 - Ⓒ Stabilisierung der Beziehung zu meinem/-r Partner/-in.
 - Ⓒ Kontakt zu meinen Kindern/den Kindern meines/-r Partner/-in.
 - Ⓒ Die Beziehung zu meinen Eltern.
 - Ⓒ Meine Wohnsituation, eine eigene Wohnung.
 - Ⓒ Eine Schul- oder Berufsausbildung bzw. eine Umschulung begonnen bzw. abgeschlossen zu haben.
 - Ⓒ Eine geregelte Arbeit zu haben.
 - Ⓒ Gelegentlich einen Job zu haben.
 - Ⓒ Kontakte zu drogenfreien Freunden/einen drogenfreien Freundeskreis zu haben.
 - Ⓒ Keine Kontakte zur Drogenszene zu haben.
 - Ⓒ Mit Polizei und Gerichten nichts mehr zu tun zu haben.
 - Ⓒ Keinen Beschaffungsstreß mehr zu haben.
 - Ⓒ Daß ich meinen Drogenkonsum verringert habe.
 - Ⓒ Mehr Zeit und Ruhe zu haben, Sachen geregelt zu bekommen.
 - Ⓒ Ein "normales" Leben zu führen, einen geregelten Tagesablauf zu haben.
 - Ⓒ Sport zu treiben, Hobbies nachzugehen.
 - Ⓒ Nachzudenken über meine Zukunft, wieder Zukunftspläne zu entwickeln.
 - Ⓒ Für mich gibt es keine besonderen Vorteile bei der Substitution.
 - Ⓒ Anderes:
24. Was empfinden Sie im Vergleich zur Zeit vor der Substitution für Sie persönlich momentan als besonders nachteilig?
- M**
- Ⓒ Das "Feeling" vom Heroin ist weg.
 - Ⓒ Ich empfinde häufiger ein "Loch" oder eine innere Leere.
 - Ⓒ Es ist jetzt alles "so normal".
 - Ⓒ Ich weiß mit meiner Zeit nichts anzufangen.
 - Ⓒ Die früheren Kontakte verloren zu haben.
 - Ⓒ Allein zu sein, mich einsam zu fühlen.
 - Ⓒ Daß ich so viele Verpflichtungen habe.
 - Ⓒ Anderes:
25. Was empfinden Sie zur Zeit als die wichtigsten Nachteile der Substitution und ihren Regelungen?
- M**
- Ⓒ Mich immer als Patient/Klient fühlen zu müssen.
 - Ⓒ Weiterhin von einem Mittel abhängig zu sein.
 - Ⓒ Die Verpflichtungen, die mit der Substitution verbunden sind.
 - Ⓒ Die Nebenwirkungen der Ersatzmittel.
 - Ⓒ Täglich so viele Pillen/Medikamente schlucken zu müssen.
 - Ⓒ Ich sehe keine Nachteile in der Substitution.
 - Ⓒ Anderes:

26. Wie oft haben Sie zur Zeit Gespräche oder Termine bei Ihrem Arzt?
- | | mehrmals
pro Woche | einmal
pro Woche | einmal
im Monat | nur bei
Bedarf | zur Zeit
keine |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Besuche beim
Arzt insgesamt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gesundheitliche
Untersuchungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| längere
Gespräche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Urinkontrollen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
27. Welche Art von Hilfen fehlt Ihnen zur Zeit am meisten?
- M**
- Ich habe nicht genug Möglichkeiten mit jemandem (Sozialarbeiter, Psychologe o.ä.) zu reden und mich mitzuteilen.
 - Ich bekomme zu wenig Unterstützung bei sozialen Problemen (Wohnung, Arbeit, Ausbildung).
 - Ich bekomme zu wenig Soforthilfe und Unterstützung in Situationen, in denen es mir schlecht geht (Krisen).
 - Ich habe zur Zeit genügend Unterstützung und Hilfe.
 - Ich habe zur Zeit keine besonderen Probleme und Schwierigkeiten.
 - Anderes:
28. Sind Ihnen zur Zeit noch andere Medikamente ärztlich verordnet, z.B. zum Schlafen (Benzodiazepine u.ä.)?
- | | ständig
(fast) täglich | oft
ca. 1-2x/Woche | manchmal
1-2x/Monat | selten
1-2x/halben Jahr | nie |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Schlafmittel
(Benzos u.ä.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gegen
Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderere Mittel: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
-
29. Sind Sie insgesamt mit Ihrem Arzt zufrieden?
- Sehr zufrieden.
 - Zufrieden.
 - Teils/teils.
 - Unzufrieden.
 - Sehr unzufrieden.
30. Haben Sie direkt vor der Substitution eine stationäre Entgiftung gemacht?
- Ja.
 - Nein.
31. Wieviele Entgiftungen haben Sie insgesamt bereits gemacht?
- [] []
- davon:
- [] [] stationär,
 - [] [] ambulant,
 - [] [] ohne ärztliche Aufsicht.

32. Wieviele ambulante Entwöhnungstherapieversuche haben Sie bereits gemacht?

davon:
 abgeschlossen.
33. Wieviele Monate befanden Sie sich insgesamt in ambulanter Entwöhnungstherapie?

Konsum von Drogen

34. Es ist ja ein ständiges Thema, ob man zusätzlich zu Ersatzstoffen weitere Drogen nimmt. Wie sieht es bei ihnen aus? Was nehmen sie wie häufig?

	ständig (fast) täglich	oft ca. 1-2x /Woche	manchmal ca. 1-2x /Monat	selten 1-2x /halben Jahr	nie
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (Gras, Shit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquillizer (Benzodiazepine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbiturate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphetamine (Speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn Sie noch Heroin und/oder Kokain nehmen, woher bekommen Sie die Spritzen?

- M**
- Ich besorge sie mir von Freunden aus der Drogenszene.
 - Ich tausche die Spritzen (z.B. in Drogenberatungsstelle).
 - Ich kaufe sie mir in der Apotheke.
 - Ich "drücke" nicht mehr.

35. Können Sie möglichst genau angeben, wie häufig und wieviel Alkohol Sie im Durchschnitt trinken?
- M**
- Ab und zu betrinke ich mich.
 - Mehr als 2 Liter Bier (oder 1 Flasche Wein) pro Tag und hochprozentige Getränke.
 - Mehr als 2 Liter Bier (oder 1 Flasche Wein) pro Tag.
 - 1-2 Liter Bier (oder 1 Flasche Wein) pro Tag und hochprozentige Getränke.
 - 1-2 Liter Bier (oder 1 Flasche Wein) pro Tag.
 - 1-2 Bier (oder 1-2 Glas Wein) pro Tag und hochprozentige Getränke.
 - 1-2 Bier (oder 1-2 Glas Wein) pro Tag.
 - Nur zu besonderen Anlässen 1-3 Bier (oder 1-2 Glas Wein) pro Woche.

- Ich trinke grundsätzlich keinen Alkohol.
 Anderes:
36. Wenn Sie noch einige der genannten Drogen nehmen, was sind für Sie die Gründe, trotz Ersatzmitteln weiterhin Drogen zu nehmen?
- M**
- Die Dosierung des Substitutionsmittels stimmt bei mir nicht.
 Wegen der Nebenwirkungen des Substitutionsmittels.
 Wegen des fehlenden "Feelings".
 Aus "Bock".
 Ich nehme es aus Gewohnheit weiterhin.
 In der Clique und mit Freunden.
 In schönen Situationen, zu besonderen Anlässen, wenn ich mich gut fühle.
 In schwierigen Situationen, bei Problemen oder Konflikten (z.B. in der Partnerschaft, mit Beratungsstelle).
 Um mit depressiven Stimmungen besser zurechtzukommen.
 Um abzuschalten, weniger mitzubekommen.
 Anderes:
37. Wie war das mit Drogen vor der Substitution?
Wie alt waren Sie, als Sie mit Heroin (oder anderen Opiaten) angefangen haben?
- Alter in Jahren: [][] und
 gespritzt ab [][] Jahren.
38. Wie hoch war kurz vor Beginn der Substitution durchschnittlich Ihre tägliche Heroindosis?
- tägliche Menge: [][] Gramm.
 Anderes:
39. Woher bekamen Sie vor der Substitution Ihre Spritzen?
- M**
- Ich habe sie mir auf der Szene besorgt.
 Ich habe die Spritzen getauscht (z.B. in Drogenberatungsstelle).
 Ich habe sie mir in der Apotheke gekauft.
 Ich habe nie "gedrückt".
40. Welche Drogen haben Sie in welchem Ausmaß in der Zeit vor der Substitution (die letzten 3 Monate) genommen?
- | | ständig
(fast) täglich | oft
ca. 1-2x
/Woche | manchmal
ca. 1-2x
/Monat | selten
1-2x
/halben Jahr | nie |
|----------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Alkohol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cannabis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Benzodiazepine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Barbiturate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Amphetamine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kokain | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Codein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Methadon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nikotin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inhalantien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Halluzinogene | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderes: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

41. In welchem Alter haben Sie die einzelnen Drogen zum ersten Mal genommen?

Vermehrter Gebrauch?

		Nein	Ja	phasisch	kontinuierlich	Beginn (Alter)	Dauer (Monate)
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Barbiturate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Amphetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Codein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Applikationsart		zu Anfang	<input type="checkbox"/>		zuletzt	<input type="checkbox"/>
Nikotin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhalantien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halluzinogene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Gab es bei Ihnen Phasen, in denen Sie unabhängig von Therapien länger als 3 Monate clean gelebt haben?

- Ja, mehrere Phasen.
- Ja, eine Phase.
- Nein, kein Phase.
- Anderes:

43. Haben Sie in Ihrer Drogenzeit häufiger freiwillige Selbstentzüge gemacht (ohne Krankenhaus oder Haft)?

- Ja, ca. Selbstentzüge.
- Nein, keine Selbstentzüge.

44. Waren Sie in Langzeittherapien?
- M**
- Ⓐ Ja, ca. [][] begonnene Langzeittherapien.
 - Ⓑ Ja, ca. [][] abgeschlossene Langzeittherapien.
 - Ⓒ insgesamt [][] Monate in Therapieeinrichtungen.
 - Ⓓ Nein, keine Langzeittherapien.

Gesundheit

45. Wie geht es Ihnen zur Zeit körperlich, wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?
- Ⓐ Sehr gut.
 - Ⓑ Eher gut.
 - Ⓒ Durchschnittlich.
 - Ⓓ Eher schlecht.
 - Ⓔ Sehr schlecht.
46. Abgesehen von den Nebenwirkungen des Substitutionsmittels, welche gesundheitlichen Beschwerden oder Krankheiten haben Sie zur Zeit?
- M**
- Ⓐ Abszesse.
 - Ⓑ Chronische oder immer wiederkehrende Hepatitis.
 - Ⓒ Akute Hepatitis.
 - Ⓓ Infektionen.
 - Ⓔ Zahnprobleme.
 - Ⓕ Magen-Darm-Beschwerden.
 - Ⓖ Andere dauerhafte oder chronische Erkrankungen (z.B. Zucker).
 - Ⓗ Andere vorübergehende Erkrankungen/Beeinträchtigungen (z.B. Grippe, Beinbruch).
 - Ⓙ Körperliche Behinderung.
 - Ⓚ Anderes:
47. Beim Thema Gesundheit denkt man ja auch immer an die HIV- bzw. AIDS-Problematik.
Wie ist das bei Ihnen, haben Sie schon einen HIV-Test gemacht, und wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- Ⓐ Ich bin HIV-positiv.
 - Ⓑ Ich bin HIV-negativ.
 - Ⓒ Ich habe noch keinen HIV-Test gemacht.
 - Ⓓ Ich will keinen Test machen.
 - Ⓔ Diese Frage möchte ich nicht beantworten.
- Wenn Sie HIV-positiv sind, seit wann wissen Sie das Ergebnis?
Datum ca. [][] Monat [][] Jahr.
- Wenn Sie HIV-positiv sind, wie glauben Sie, haben Sie sich infiziert?
- Ⓐ Wahrscheinlich an einer infizierten Nadel.
 - Ⓑ Wahrscheinlich beim Geschlechtsverkehr.
 - Ⓒ Weiß nicht, unklar.
 - Ⓓ Anderes:
- AIDS- Wenn Sie HIV-positiv sind, können Sie sagen, ob bei Ihnen bisher Symptome aufgetreten sind?
- Ⓐ Ja.
 - Ⓑ Nein.
 - Ⓒ Weiß nicht.

48. Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie in der Zeit vor der Substitution?

- M**
- Abszesse.
 - Hepatitis/Leberleiden.
 - Infektionen.
 - Keine Venen mehr.
 - Zahnprobleme.
 - Starkes Schwitzen.
 - Schlafstörungen.
 - Zustände von Atemnot.
 - Häufige Übelkeit.
 - Verstopfung, Probleme beim Stuhlgang.
 - Probleme beim Wasserlassen.
 - Unregelmäßigkeiten bei der Regel.
 - Ausbleiben der Regel.
 - Gliederschmerzen.
 - Potenzstörungen, verminderte sexuelle Erregbarkeit.
 - Häufige Müdigkeit.
 - Anderes:
 - Keine Beschwerden.

49. Wie ging es Ihnen damals, bevor Sie Ersatzmittel bekommen haben, rein körperlich/gesundheitlich?

- Sehr gut.
- Eher gut.
- Durchschnittlich.
- Eher schlecht.
- Sehr schlecht.

Psychisches Befinden

50. Wie geht es Ihnen aktuell insgesamt seelisch, gefühlsmäßig? Wie fühlen Sie sich?

- Sehr gut.
- Eher gut.
- Durchschnittlich.
- Eher schlecht.
- Sehr schlecht.

51. Gab es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Zeiten, in denen Sie sich depressiv fühlten, plagten Sie manchmal massive Ängste oder auch "Hallus" oder Wahnvorstellungen?

	ständig (fast) täglich	off ca. 1-2x /Woche	manchmal ca. 1-2x /Monat	selten 1-2x /halben Jahr	nie
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände, massive Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahnvorstellungen, Halluzinationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn bei Ihnen Depressionen auftreten, können Sie sagen, wann oder in welchen Situationen diese traurige Stimmung bei Ihnen auftritt?

- M**
- Zumeist ohne besonderen Grund oder Anlaß.
 - Morgens ist die Traurigkeit stärker als abends.
 - Meine traurige Stimmungslage wechselt manchmal plötzlich in eine gutgelaunte (euphorische) Stimmung.
 - Zumeist nach traurigen, belastenden Ereignissen oder Erlebnissen.
 - Meistens fühle ich mich niedergeschlagen in Zeiten, in denen ich vermehrt Drogen nehme.
 - Ich bin ständig in einer depressiven Stimmungslage.
 - Anderes:
52. Waren sie schon einmal in psychiatrischer Behandlung (unabhängig vom Entzug)?
- Ja, mehrmals.
 - Ja, ein Mal.
 - Nein.
 - Wenn ja, warum?
53. Gab es in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie Schluß machen wollten mit Ihrem Leben?
- Ich habe mehrere Selbstmordversuche unternommen.
 - Ich habe einen Selbstmordversuch unternommen.
 - Ich habe einen Selbstmordversuch geplant oder vorbereitet.
 - Ich habe mit dem Gedanken gespielt, Schluß zu machen.
 - Ich habe mich mit dem Thema "Selbstmord" beschäftigt.
 - Nein, ich habe mich damit nicht beschäftigt.
 - Anderes:
54. Haben Sie sich mal bewußt oder versehentlich eine Überdosis gesetzt?
- M**
- Ich habe mir nie eine Überdosis gesetzt.
 - Ich habe mir versehentlich eine Überdosis gesetzt.
 - Ich habe mir bewußt eine Überdosis gesetzt.
55. Wie wirkt sich Ihr Befinden auf den Drogenkonsum aus? Wie hängt das bei Ihnen zusammen?
- Hat bei mir nichts miteinander zu tun.
 - Wenn es mir schlechter geht nehme ich eher Drogen.
 - Wenn es mir besser geht nehme ich eher Drogen.
 - Ist mit unklar, weiß ich nicht.

Soziale Situation

56. Wie sind Sie aufgewachsen? Wie war die Situation in Ihrer Kindheit überwiegend?
- Mit beiden Eltern aufgewachsen.
 - Allein mit Mutter oder Vater.
 - Bei Großeltern oder Verwandten.
 - Bei Pflegeeltern.
 - In Heimen.
57. Gab es in Ihrer Familie (Eltern oder Geschwister) Suchtprobleme?
- Ja.

- Nein.
 Unklar.
 Wenn ja, bitte genauer:
 Wer:
 Welche Probleme:
58. War in Ihrer Familie (Eltern oder Geschwister) jemand in psychiatrischer Behandlung?
- Ja.
 Nein.
 Unklar.
 Wenn ja, bitte genauer:
 Wer:
 Welche Probleme:
59. Wie wohnen Sie zur Zeit?
- In einer eigenen Wohnung.
 In einer Wohngemeinschaft.
 Bei Partner/-in.
 Bei meinen Eltern/Elternteil/Verwandten.
 Ich wohne zur Zeit vorübergehend bei Freunden, Bekannten, Mitklienten oder anderen Leuten.
 Mir wurde ein/-e Hotel/Pension/Wohnheim o.ä. zugewiesen.
 Ich habe zur Zeit keine Bleibe, bin obdachlos.
 Anderes:
- Wenn sie nicht alleine leben, sind unter Ihren Mitbewohnern Leute, die Drogen nehmen (v.a. Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Barbiturate)?
- Ja.
 Nein.
60. Hat sich Ihre Wohnsituation im Vergleich zur Zeit vor der Substitution verändert?
- Wohnsituation ist gleichgeblieben.
 Wohnsituation hat sich verbessert.
 Wohnsituation hat sich verschlechtert.
61. Welche Schulausbildung haben Sie bisher gemacht?
- Ich habe keinen Hauptschulabschluß.
 Ich habe die Sonderschule besucht.
 Ich habe die Hauptschule abgeschlossen.
 Ich habe die mittlere Reife.
 Ich habe Abitur/Fachhochschulreife.
62. Haben Sie ein Studium...
- abgeschlossen abgebrochen
 begonnen nie begonnen?
63. Wieviele Studiengänge haben Sie abgebrochen?
- [][]
64. Haben Sie eine Berufsausbildung?
- Ich habe keine Lehre/Ausbildung begonnen.
 Ich habe meine Lehre/Ausbildung abgebrochen.
- M**

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arbeitslosenunterstützung. (4) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ausbildungsvergütung/Umschulungsgeld. (5) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sozialhilfe. (6) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wohngeld. (7) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rente/Krankengeld. (8) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Unterstützung durch meine Eltern. (9) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Unterstützung durch meine/-n Partner/-in. (10) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prostitution/Zuhälterei. (11) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dealen/Vermitteln von Deals. (12) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hehlerei. (13) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diebstahl. (14) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Einbrüche. (15) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anderes: _____ |

Größte Einnahmequelle:

[][] [][]

72. Wieviel Einkommen (aus allen genannten Quellen) hatten/haben Sie insgesamt im Monat?

[][][][][][] [][][][][][]

73. Wieviel % Ihrer monatlichen Gesamteinkünfte gaben Sie vor der Substitution für Drogen aus?

[][][] %

74. Haben Sie zur Zeit Schulden?

Ja.

Nein.

Wenn ja, wieviel?

[][][][][][][][]

Weiß nicht.

75. Wo haben Sie Schulden?

M

76. Wie belastend ist Ihre momentane Schuldensituation für Sie?

Gar nicht.

Etwas.

Ziemlich.

Sehr.

77. Erwarten Sie, daß Sie Ihre Schuldensituation in Zukunft stark belasten wird?

Kaum.

Möglicherweise.

Wahrscheinlich.

Ziemlich sicher.

Partnerschaft, Familie, persönliche Kontakte

78. Hat sich Ihre finanzielle Situation im Vergleich zur Zeit vor der Substitution verändert?

Situation ist gleichgeblieben.

Situation hat sich verbessert.

Situation hat sich verschlechtert.

79. Wie ist Ihr Familienstand?
- Ledig.
 - Verheiratet.
 - Geschieden.
 - Verwitwet.
80. Haben Sie zur Zeit eine/-n feste/-n Partner/-in?
- Ja.
 - Nein.
Wenn ja, nimmt er/sie Drogen, oder nimmt er/sie auch Ersatzmittel?
- Partner/-in ist nie drogenabhängig gewesen.
 - Partner/-in ist clean (hat früher Drogen genommen).
 - Partner/-in bekommt auch Ersatzmittel.
 - Partner/-in ist drogenabhängig, nimmt zur Zeit Drogen.
 - Anderes:
Wenn ja, wie hat sich Ihr Verhältnis zum/-r Partner/-in im Vergleich zur Zeit vor der Substitution entwickelt?
- Situation ist gleichgeblieben.
 - Situation hat sich verbessert.
 - Situation hat sich verschlechtert.
81. Benutzen Sie bzw. Ihr Partner aktuell Kondome, um sich und andere zu schützen?
- So gut wie nie.
 - Nur manchmal, hin und wieder.
 - Grundsätzlich immer.
 - Anderes:
82. Wie war Ihr Umgang mit Kondomen vor der Substitution?
- So gut wie nie benutzt.
 - Mit meinem/-r Partner/-in.
 - Mit Freund/-in oder guten Bekannten.
 - Mit (Zufalls-)Bekanntem.
 - Ich hatte keinen Geschlechtsverkehr/betrifft mich nicht.
83. Haben Sie Kinder?
- Ja.
 - Nein.
Wenn ja, wieviele?
[] []
84. Wieviele Kinder leben im Haushalt und werden versorgt?
- [] []
85. Wohnen Sie zur Zeit allein oder leben Sie mit jemandem zusammen?
- Ich lebe mit Partner/-in und Kind (oder Kind des/-r Partners/-in) zusammen.
 - Ich lebe mit Partner/-in zusammen.
 - Ich lebe mit anderen Leuten zusammen.
 - Ich lebe alleine.

86. Wie häufig haben Sie zur Zeit persönliche Kontakte zu folgenden Personen?

	ständig (fast) täglich	oft ca. 1-2x /Woche	manchmal ca. 1-2x /Monat	selten 1-2x /halben Jahr	nie
Elternhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"drogenfreie" Freunde/Bekannt e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Substituierte/ Mitklienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fixer/Konsumente n harter Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogenszene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Freizeitgestaltung

87. Was machen Sie zur Zeit in Ihrer Freizeit?
Treiben Sie Sport oder haben Sie irgendwelche Hobbies?

	ständig (fast) täglich	oft ca. 1- 2x/Woche	manchmal ca. 1- 2x/Woche	selten 1-2x/halben Jahr	nie
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hobbies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Religiöser und geistiger Hintergrund

88. Wie bedeutungsvoll sind geistig-spirituelle Themen für Sie?

<input type="radio"/>	Gar nicht.	<input type="radio"/>	Ziemlich.
<input type="radio"/>	Etwas.	<input type="radio"/>	Sehr.

89. In welchem Ausmaß beschäftigen Sie sich mit solchen Fragen und Themen?

<input type="radio"/>	Gar nicht.	<input type="radio"/>	Ziemlich.
<input type="radio"/>	Etwas.	<input type="radio"/>	Sehr.

90. Läßt sich diese Form des Glaubens einer bestimmten Konfession zuordnen?

<input type="radio"/>	Keiner.	<input type="radio"/>	Jüdisch.	<input type="radio"/>	Islamisch.
<input type="radio"/>	Evangelisch.	<input type="radio"/>	Katholisch.	<input type="radio"/>	Sonstige.

Juristische Situation

91. Lagen zum Zeitpunkt des Substitutionsbeginns gerichtliche Sanktionen gegen Sie vor?

<input type="radio"/>	Keine.	<input type="radio"/>	Zivilrechtliches Verfahren.
<input type="radio"/>	Weisung, Therapieauflage (nur StGB ohne BtMG).	<input type="radio"/>	Einfache Bewährung.
<input type="radio"/>	Offene(-s) Strafverfahren.	<input type="radio"/>	Unklar.
<input type="radio"/>	BtMG (§ 35-37, § 31).	<input type="radio"/>	Andere gerichtliche Sanktionen.

92. Wurde Ihre Behandlung ermöglicht durch einen oder mehrere BtMG-

Paragrafen?

- § 31 (Kronzeuge). § 37 (Verfahren vorläufig eingestellt).
 § 35 (Therapie statt Strafe). Unklar.

93. Haben Sie momentan noch Haft offen?
 Ja.
 Nein.
 Unklar.
94. Haben Sie momentan noch Bewährung offen?
 Einfache Bewährung.
 Bewährung und Therapieauflage.
 Nein.
 Unklar.
95. Wie oft wurden Sie wegen Verstoßes gegen das BtMG verurteilt?
 [] [] []
96. Wie oft wurden Sie wegen Delikten verurteilt, die nicht gegen das BtMG verstoßen?
 [] [] []
97. Wieviele Monate befanden Sie sich insgesamt in Straf- oder U-Haft?
 [] [] []
98. In welchem Alter standen Sie erstmals vor Gericht?
 [] []
99. Inwieweit belasten Sie Ihre Rechtsprobleme derzeit?
 Gar nicht. Ziemlich.
 Etwas. Sehr.
100. Expecten Sie, daß Ihre Rechtsprobleme Sie in Zukunft stark belasten werden?
 Kaum. Wahrscheinlich.
 Möglicherweise. Ziemlich sicher.

Eigene Initiativen zur Lebensgestaltung

101. Welche Initiativen haben Sie, seit Sie in Substitution sind, ergriffen, welchen Erfolg haben Sie dabei gehabt, und was haben Sie sich für die nächste Zeit vorgenommen?

M

- | | Habe ich
mit Erfolg versucht. | Habe ich
ohne Erfolg versucht. | Möchte ich
anfangen. |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Etwas für meine
Gesundheit zu tun. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Die Beziehung zu
meinem/-r Partner/-in zu
verbessern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einen Partner zu finden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Den Kontakt zu meinen Kindern zu verbessern.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Kinder zu bekommen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Das Verhältnis zu meinen Eltern zu verbessern.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Eine andere Wohnung/Unterkunft zu finden.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Eine Schulausbildung zu beginnen /fortzusetzen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Zu studieren.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Eine Berufsausbildung/ Umschulung zu beginnen /fortzusetzen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Eine (neue) Arbeitsstelle zu finden.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Einen Gelegenheitsjob zu finden.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Neue "drogenfreie" Freunde/Bekannte zu finden.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Mich von der Drogenszene zu lösen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Meinen Drogenkonsum zu verringern.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Clean zu leben.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Sport zu treiben.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Meine Freizeit sinnvoller zu nutzen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Ein "normales" geregeltes Leben zu führen.	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ
Anderes:	Ⓞ	Ⓞ	Ⓞ

102. Gibt es für Sie noch wichtige Punkte, die in dem Interview nicht angesprochen wurden?

M

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name: Axel Hansjörg Metzger
 Geburtstag und -ort: 5. September 1969 in Reutlingen
 Familienstand: ledig
 Staatsbürgerschaft: deutsch
 Vater: Hansjörg Metzger
 Mutter: Christa Metzger, geborene Held

Schulbildung

1980 – 89 Friedrich-List-Gymnasium Reutlingen
 1989 Abitur

Wehrdienst

06/89 – 07/90 Luftwaffentransportsoldat in Landsberg/Lech

Berufsausbildung

08/90 – 08/91 Ausbildung zum Krankenpflegehelfer am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten

Studium

10/91 – 03/94 Vorklinisches Studium an der Universität Tübingen
 04/94 – 04/98 Klinisches Studium an der Universität Tübingen
 05/98 Beginn des Praktischen Jahres am Kreiskrankenhaus Reutlingen
 12/98 – 04/99 Drittes Tertial im Fach Psychiatrie an der Universitätsklinik Tübingen
 05/99 Drittes Staatsexamen am 19.05.1999

Famulaturen

1994 Innere Medizin (Krankenhaus Radolfzell)
 1995 Innere Medizin (Praxis Dr. Pfeil in Reutlingen)
 1996 Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtkrankheiten (Münsterklinik Zwiefalten)
 1996 Allgemeinmedizin, Anästhesie, Betreuung und Substitution Suchtkranker
 (Praxis Drs. May, Breisch-Lotz, Suchowerskyi in Tübingen)

Berufstätigkeit

1993 – 98 Nachtwachentätigkeit in der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen
 1993 – 98 Mitarbeit als Krankenpflegehelfer auf Stationen und in der Intensivüberwachungseinheit der Neurologischen Universitätsklinik Tübingen
 07/99 – 12/00 Arzt im Praktikum auf Akutaufnahmestationen der Allgemeinpsychiatrie an den Rheinischen Kliniken Köln, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 01/01 – 06/05 Assistenzarzt an den Rheinischen Kliniken Köln, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf Stationen der Abteilung für Suchterkrankungen, der Gerontopsychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie
 seit 06/05 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an den Rheinischen Kliniken Köln, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie